



**Personalbesetzungsstandards
für den Pflegedienst der Krankenhäuser:
Zum Stand der Diskussion und
möglichen Ansätzen für eine
staatliche Regulierung**

Ein Diskussionsbeitrag

September 2014

Michael Simon

Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales
Abteilung Pflege und Gesundheit
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Email: michael.simon@hs-hannover.de

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Zur Verwendung zentraler Begriffe	7
2.1	Zur Bedeutung zentraler Begriffe der Krankenhausstatistik	7
2.2	Pflegebedarf und Personalbedarf	8
2.3	Personalmindeststandards, Mindestpersonalstandards oder Mindestpersonalbemessung: Auf der Suche nach einem angemessenen Begriff	10
3	Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe und Entwicklung	13
3.1	Die Vorgeschichte und Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung und Pflege-Personalregelung	13
3.2	Der Stellenabbau in den Jahren 1996 bis 2007	17
3.3	Das Pflegeförderprogramm 2009-2011 und seine Wirkungen	25
3.4	Die Lage nach Auslaufen des Pflegeförderprogramms	28
4	Entstehung und Entwicklung der Diskussion über die Forderung nach gesetzlichen Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser	31
4.1	Eckpunkte der bisherigen Diskussion	31
4.2	Gegenpositionen und Kritik	34
5	Mögliche Ansatzpunkte für eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern	43
5.1	Zur Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern	43
5.2	Regulierung durch Landesrecht	44
5.3	Regulierung durch Bundesrecht	46
5.3.1	Regulierung im Rahmen des GKV-Rechts	47
5.3.2	Regulierung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsrechts	55
6	Bisher vorgelegte Überlegungen und Vorschläge für eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser	57
6.1	Entschließungsantrag des Landes Bremen vom 4.11.2010 und Bundesratsentschließung vom 3.05.2013	57
6.2	Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE	60
6.3	Bundestagswahlprogramm der SPD	60
6.4	Reformkonzept der SPD-Bundestagsfraktion	61
6.5	Positionspapier der AG „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung	63
6.6	Gesetzentwurf der hessischen SPD-Landtagsfraktion	64
6.7	Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD	66
7	Eine kritische Analyse der bisherigen Vorschläge	69

7.1	Zur Frage der Eignung des DRG-Systems für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern	69
7.1.1	DRG-Kalkulationsdaten: Ist-Kosten ohne Bezug zum Pflege- oder Personalbedarf	70
7.1.2	Medizinisch-pflegerische Inhomogenität der DRGs und unbekannte Kostenvarianzen bei einzelnen Kostenarten	74
7.1.3	Weitere Einwände.....	78
7.1.4	Fazit.....	80
7.2	Zur Frage der Eignung des Krankenhausplanungsrechts für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern	81
8	Die Aufnahme verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards in den OPS als möglicher Regulierungsansatz auf Bundesebene	85
9	Zur Frage der Finanzierung von Personalbesetzungsstandards.....	93
10	Schlussbetrachtung.....	98
11	Literatur	103

1 Einleitung

Im Pflegedienst der Krankenhäuser wurden bundesweit in den Jahren 1996 bis 2007 mehrere Zehntausend Stellen abgebaut. Zugleich nahm der Anteil älterer und pflegeaufwendiger Patienten zu und stieg die Zahl der vollstationären Patienten und mehr noch die der vor- und nachstationär behandelten sowie der ambulant operierten Patienten. Stellenabbau bei gleichzeitigem Leistungszuwachs führte zu einer immer weiter steigenden Arbeitsbelastung, die in vielen Kliniken bereits zu einer chronischen Arbeitsüberlastung geführt hat. Diese wiederum gefährdet die Gesundheit des Pflegepersonals und ein zunehmender Teil des Pflegepersonals versucht seine Gesundheit entweder durch Reduzierung der individuellen Arbeitszeit oder den Wechsel in andere Bereiche wie beispielsweise die ambulante Pflege zu schützen (DIP 2010; Simon 2008a, 2009b). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten an der Gesamtzahl des Personals liegt im Pflegedienst der Krankenhäuser mittlerweile über 50 %, mit weiter steigender Tendenz, und allein in den Jahren 1999 bis 2009 wechselten ca. 27.000 Pflegefachkräfte von Krankenhäusern in die ambulante Pflege (Simon 2012).

Die Problematik wird zudem dadurch verschärft, dass sich die Altersstruktur in den Pflegeberufen in den beiden letzten Jahrzehnten gewandelt hat und der Anteil älterer Pflegekräfte kontinuierlich gestiegen ist. Da mittlerweile kaum noch Möglichkeiten des Wechsels auf weniger körperlich belastender Arbeitsplätze innerhalb der Krankenhäuser gegeben sind, bleibt zunehmend mehr älteren Pflegekräften nur noch der Weg in die vorzeitige Berentung (Hien 2009).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wird seit einigen Jahren zunehmend intensiver über die Frage der Notwendigkeit einer staatlichen Intervention diskutiert. Bereits 2008 stand im Zentrum einer von insgesamt ca. 185.000 Pflegekräften unterstützten Unterschriftenkampagne der Gewerkschaft ver.di und des größten Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) die Forderung nach einer für alle Krankenhäuser verbindlichen Personalbemessung (DBfK/ver.di 2007). Die Forderung war auch Teil einer Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten, die im September 2008 in Berlin stattfand.

Als Antwort auf diese Bewegung beschloss der Bundestag ein auf drei Jahre begrenztes Pflege-Förderprogramm, auf dessen Grundlage in den Jahren 2009-2011 insgesamt bis zu 17.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser finanziert werden sollten. Zwar wurde im Rahmen des Programms zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen die Einstellung von ca. 15.300 zusätzlichen Vollkräften vereinbart, die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser stieg bis 2011 jedoch nur um lediglich ca. 8.200 Vollkräfte (GKV-Spitzenverband 2013a; Simon 2014). Offenbar wurde ein erhebli-

cher Teil der Mittel von den Krankenhäusern genutzt, um zusätzliche Stellen für Pflegepersonal im so genannten Funktionsdienst (OP, Anästhesie, Röntgen etc.) zu schaffen. Zudem wurde offensichtlich parallel zum Pflege-Förderprogramm weiter Personal abgebaut.

Vor diesem Hintergrund nahm die nach den Bundestagswahlen 2013 gebildete große Koalition aus CDU/CSU und SPD in ihre Koalitionsvereinbarung die Ankündigung auf, sie wolle sich für die Einführung von „Personalmindeststandards im Pflegebereich“ einsetzen (CDU/CSU/SPD 2013: 84). Da die Koalition für das Jahr 2015 eine größere Krankenhausreform plant, ist ab der zweiten Jahreshälfte 2014 auch mit einer Intensivierung der Diskussion über „Personalmindeststandards im Pflegebereich“ zu erwarten.

Das vorliegende Papier soll zur Unterstützung dieser Diskussion dienen. Dazu wird zunächst ein Rückblick auf die Vorgeschichte und Hintergründe des Stellenabbaus sowie die Auswirkungen des Pflege-Förderprogramms und dessen Überführung in das DRG-System gegeben. Da die Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sehr eng mit der Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Ländern verbunden ist, werden im darauf folgenden Kapitel Möglichkeiten und Grenzen einer Regulierung durch Landesrecht oder Bundesrecht vorgestellt und diskutiert. Daran schließt sich ein Überblick über die wichtigsten bisher vorgelegten Überlegungen und Vorschläge für eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung an. Im darauf folgenden Kapitel werden die bisherigen Vorschläge einer kritischen Analyse unterzogen, dabei wird insbesondere auf die Frage der Eignung des DRG-Systems als Ansatzpunkt für eine Regulierung der Personalbesetzung eingegangen. Daran anschließend werden zwei Regulierungsansätze, die möglicherweise besser geeignet wären, um verbindlich einzuhaltende Personalbesetzungsstandards nicht nur vorzugeben, sondern auch durchzusetzen: Eine Regulierung auf Landesebene im Rahmen der Krankenhausplanung und eine Regulierung auf Bundesebene, die den OPS nutzt, um die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards zur Bedingung für die Kodierung und somit auch Abrechnung von Leistungen macht. Das letzte Kapitel ist der Frage der Finanzierung verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards gewidmet.

2 Zur Verwendung zentraler Begriffe

Die Diskussion über die Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist angewiesen auf ein einheitliches Verständnis zentraler Begriffe. Im Folgenden sollen einige der in der Diskussion häufiger auftauchenden, allerdings nicht immer einheitlich verwendeten zentralen Begriffe vorgestellt und – soweit möglich – auf Grundlage amtlicher oder wissenschaftlicher Definitionen erklärt werden. Für die Bezeichnung der Art einer möglichen staatlichen Regulierung wird im dritten Abschnitt ein begründeter Vorschlag vorgestellt.

2.1 Zur Bedeutung zentraler Begriffe der Krankenhausstatistik

Die Diskussion über die Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und die Frage einer staatlichen Regulierung ist angewiesen auf die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik. Die darin ausgewiesenen Daten folgen spezifischen Begriffsdefinitionen, mit denen einzelne Krankenhausarten und Beschäftigtengruppen exakt von einander abgegrenzt werden. Um die Daten richtig interpretieren zu können und die jeweiligen zentralen Begriffe richtig verwenden zu können, ist es unerlässlich, die wichtigsten für die hier diskutierte Thematik relevanten Definitionen zu kennen und die Begriffe in der Diskussion auch einheitlich zu verwenden. Darum sollen die zentralen Begriffsdefinitionen der Krankenhausstatistik an dieser Stelle kurz vorgestellt werden (vgl. hierzu u.a. StBA 2012: 3ff.):

- *Krankenhausarten*: Die Krankenhausstatistik unterteilt Krankenhäuser in ‚allgemeine Krankenhäuser‘ und ‚sonstige Krankenhäuser‘. Als *allgemeine Krankenhäuser* gelten nach der derzeitigen Abgrenzung alle Krankenhäuser, die nicht ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Auf sie entfallen knapp 90 % der Krankenhäuser und ca. 95 % der Betten sowie ca. 94 % der Vollkräfte in Krankenhäusern insgesamt. Als *sonstige Krankenhäuser* gelten dementsprechend Krankenhäuser, die ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Beide Gruppen werden unter der Bezeichnung ‚Krankenhäuser‘ in der Statistik zusammengefasst.
- *Beschäftigte* und *Vollkräfte*: Zur Personalbesetzung der Krankenhäuser bietet die Krankenhausstatistik zwei Arten von Kennzahlen, die Zahl der Beschäftigten und die Zahl der Vollkräfte. Als Zahl der *Beschäftigten* wird die Anzahl der Beschäftigten am

31.12. des Jahres ausgewiesen, unabhängig davon, ob es sich um Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigte handelt, ob sie ganzjährig oder nur zeitweise beschäftigt waren. Diese Kennziffer gibt somit keine Auskunft über das effektiv vorgehaltene Arbeitszeitvolumen. Dies ist insofern für die Interpretation der Angaben zur Beschäftigung im Pflegedienst der Krankenhäuser von besonderer Bedeutung, als es sich um einen Bereich handelt, in dem der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den letzten Jahren im Vergleich zu anderen Dienstarten im Krankenhaus und auch im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überproportional stark angestiegen ist. Weitaus aussagekräftiger ist die in der Krankenhausstatistik ausgewiesene Zahl der *Vollkräfte* im Jahresdurchschnitt. Sie wird ermittelt, indem die Summe der tatsächlichen Arbeitszeit aller Vollzeitbeschäftigten, Teilzeitbeschäftigten und der nur vorübergehend in Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeiter auf Stellen mit voller tariflicher Arbeitszeit umgerechnet wird. Die sich daraus ergebende Zahl wird auch als ‚Vollzeitäquivalente‘ oder ‚Vollkraftäquivalente‘ bezeichnet. Da die Zahl der Vollkräfte die gegenwärtig beste verfügbare Kennzahl zur Messung der Personalbesetzung in Krankenhäusern ist, wird sie in dem vorliegenden Papier auch vorrangig verwendet.

- *Pflegedienst* und *Funktionsdienst*: Als *Pflegedienst* werden in der Krankenhausstatistik die bettenführenden Abteilungen bezeichnet, also alle Arten von Stationen, wie Normalstationen, Intensivstationen und Intermediate Care Stationen. Vom Pflegedienst unterschieden wird der so genannte Funktionsdienst. Zum *Funktionsdienst* zählen unter anderem der Operationsbereich, die Funktionsdiagnostik (z.B. Röntgenabteilungen), Notfallaufnahmen und Ambulanzen etc. Im Funktionsdienst ist in der Regel überwiegend Pflegepersonal tätig. Die Krankenhausstatistik weist jedoch leider deren Zahl nicht gesondert aus. Erfahrungsberichte aus der Krankenhauspraxis legen die Annahme nahe, dass ca. 70-90 % der Beschäftigten im Funktionsdienst Pflegefachkräfte sind.

2.2 Pflegebedarf und Personalbedarf

Zwei weitere, für die hier diskutierte Thematik sehr zentrale Begriffe sind der ‚Pflegebedarf‘ und der ‚Personalbedarf‘. Beides sind keine ‚objektiv‘ gegebenen Größen, die lediglich von etwas abgelesen werden brauchen, sondern letztlich normative Größen, die sich erst durch die Anwendung spezifischer Verfahren der Bedarfsermittlung ergeben.

Der *Pflegebedarf* wird üblicherweise mit Hilfe einer Anzahl festgelegter spezifischer Kriterien ermittelt, die dazu dienen, den bei einem konkreten Patienten oder Pflegebedürftigen nach professionellen Maßstäben individuell vorhandenen Bedarf an pflegerischen

Leistungen festzustellen (vgl. Wingenfeld 2011). Bedarf in diesem Sinn ist eine professionelle ‚Konstruktion‘, die nicht unbedingt und zwingend mit den individuellen Bedürfnissen eines Patienten oder Pflegebedürftigen identisch sein muss, sondern durchaus davon abweichen kann, beispielsweise wenn aus professioneller Sicht die Mobilisation eines Patienten erforderlich ist, dieser aber das Bedürfnis nach Ruhe äußert. Die Ermittlung des Pflegebedarfes erfolgt üblicherweise mit Hilfe eines spezifischen Assessmentinstrumentes, das in der Regel aus einem Set an Kriterien und Verfahrensregeln besteht.

„Unter Pflegebedarf ist ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen – als streng genommen kein Merkmal des Patienten, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den u.a. professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche Normen einfließen können“ (Wingenfeld 2011: 263).

„Während Pflegebedarf eine Kategorie mit normativem Charakter darstellt und damit von professionellen Sichtweisen, Kriterien und Entscheidungen geprägt ist, sind Bedürfnisse ausschließlich der Person des Patienten zuzuordnen“ (Wingenfeld 2011: 273).

Der *Personalbedarf* wird ebenfalls mit Hilfe von ‚Messinstrumenten‘ wie beispielsweise der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung, der Schweizer „Methode der Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP) oder ähnlichem ermittelt. Im Zentrum des jeweiligen Verfahrens der *Personalbedarfsermittlung* stehen Arbeitszeitwerte, die einzelnen pflegerischen Leistungen oder Leistungskomplexen hinterlegt sind. Diese Werte sollten möglichst auf Arbeitszeitmessungen basieren, sie sind und bleiben aber letztlich normativ in dem Sinne, dass sie als Normwerte in der Regel von damit beauftragten Experten gesetzt werden. Der jeweilige Zeitwert bildet nicht den individuellen Arbeitszeitbedarf des einzelnen Patienten und der ihn versorgenden Pflegekraft ab, sondern weist aus, wie viel Arbeitszeit für die jeweilige Tätigkeit bzw. den jeweiligen Patienten bereitgestellt wird. Der ‚Personalbedarf‘ einer Versorgungseinrichtung ergibt sich üblicherweise aus der Addition der Einzelminutenwerte aller Leistungen für alle Patienten dividiert durch die Netto-Arbeitszeit einer Vollkraft (für den Krankenhausbereich vgl. hierzu u.a. DKG 1986, 1989).

Diese Erläuterungen sind für die hier diskutierte Thematik insofern von Bedeutung, als über den normativen Charakter des Pflegebedarfes oder Personalbedarfes teilweise offenbar Unklarheiten herrschen. Pflegebedarf und Personalbedarf ist nicht an tatsächlich erbrachten Leistungen oder einer Ist-Personalbesetzung ablesbar, und folglich auch nicht an Daten der DRG-Kalkulationskrankenhäuser, die auf Grundlage von Ist-Kosten erhoben werden. Ein Bedarf ist immer eine Soll-Konstruktion und unabhängig von tatsächlich erbrachten Leistungen oder vorhandenem Personal. Ob eine Personalbesetzung dem Personalbedarf entspricht, ist erst durch Anwendung einer bestimmten Methode der Personalbedarfsermittlung feststellbar. Ohne Anwendung einer solchen Methode ist nicht fest-

stellbar, ob eine gegebene Personalbesetzung bedarfsgerecht ist und zur Deckung eines gegebenen Pflege- und Personalbedarfs ausreichend.

Die Relevanz dieses Grundsatzes für die aktuelle Diskussion liegt auch darin, dass es gegenwärtig – mit Ausnahme der Psychiatrie-Personalverordnung – kein Verfahren der Personalbedarfsermittlung in Deutschland gibt, das bundesweit einheitlich angewendet wird. Folglich kann gegenwärtig auch keine auf empirische Daten gestützte Aussage darüber gemacht werden, ob die gegenwärtige Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser bedarfsgerecht und ausreichend ist oder nicht. Auch der Umfang einer mit hoher Wahrscheinlichkeit in zahlreichen Kliniken bestehenden Unterbesetzung kann ohne die Daten einer bundesweit einheitlich durchgeführten Personalbedarfsermittlung nicht sicher bestimmt werden. Damit soll keineswegs behauptet werden, die gegenwärtige Personalbesetzung sei bedarfsgerecht und es gäbe keine Unterbesetzungen. Es soll nur auf die Unsicherheit der Datenlage für die gegenwärtige Diskussion hingewiesen werden. Wenn es keine bundesweiten Daten einer Personalbedarfsermittlung gibt, ist die Diskussion auf die verfügbaren Daten angewiesen. Und die sprechen eindeutig für die Annahme, dass nach jahrelangem Stellenabbau die Personalbesetzung im Pflegedienst zahlreicher Krankenhäuser nicht bedarfsgerecht und unzureichend ist (vgl. u.a. DIP 2010; Simon 2008a, 2009a, 2009b).

2.3 Personalmindeststandards, Mindestpersonalstandards oder Mindestpersonalbemessung: Auf der Suche nach einem angemessenen Begriff

Die gegenwärtige Diskussion über die Frage einer staatlichen Intervention zur Regulierung der Personalbesetzung im Krankenhaus, insbesondere des Pflegedienstes, wird unter verschiedenen Leitbegriffen geführt. In den entsprechenden Dokumenten sind zu finden:

- „Mindestpersonalbemessung“ (DIE LINKE 2013)
- „Personalmindeststandards“ (SPD 2013b: 66)
- „Mindestpersonalstandards“ (SPD-Bundestagsfraktion 2013: 10)
- „Mindeststandards für die Personalausstattung“ (Bundesrat 2013: 2)
- „Mindestpersonalzahlen“ (SPD-Landtagsfraktion Hessen 2013a)
- „Mindeststandards für die Pflege im Krankenhaus“ (FES 2013: 16)
- „Personalmindeststandards im Pflegebereich“ (CDU/CSU/SPD 2013: 84)
- „Personalbemessung per Gesetz“ (ver.di 2013)
- "Maßstäbe für eine angemessene Personalausstattung" (SPD-Bundestagsfraktion 2013: 10)

- „Entwicklung verbindlicher bundeseinheitlicher Mindestpersonalstandards“ (SPD-Bundestagsfraktion 2013: 10)
- „Personalmindeststandards im Pflegebereich“ (CDU/CSU/SPD 2013: 84)
- „Empfehlungen zur Personalausstattung“ (FES 2013: 16)

Auch wenn sich die verwendeten Begriffe unterscheiden, so kann wohl doch davon ausgegangen werden, dass sie von einer im Kern gleichen Leitvorstellung getragen sind und ein im Wesentlichen gleiches Ziel benennen sollen. Ausgangspunkt ist zumeist die Einschätzung, dass die gegenwärtige Personalbesetzung in einem erheblichen Teil der Krankenhäuser unzureichend ist und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung nur durch eine staatliche Intervention zu erreichen sei. Gegenstand dieser staatlichen Intervention solle die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards sein, deren Einhaltung für alle zugelassenen Krankenhäuser verbindlich sein müsse.

Der Begriff des „Standards“ ist in der Mehrzahl der oben vorgestellten Bezeichnungen der angestrebten bzw. geforderten Intervention zudem mit dem Wortbestandteil „Mindest“ verbunden, sei es als „Personalmindeststandards“ oder als „Mindestpersonalstandards“ oder „Mindeststandards für Pflege“ etc.

Vermutlich soll damit verdeutlicht werden, dass nach Einschätzung der Befürworter einer solchen staatlichen Intervention die Lage in vielen Krankenhäusern mittlerweile so dramatisch ist, dass bereits ‚Mindeststandards‘ unterschritten werden und insofern eine Intervention dringend erforderlich ist.

In dem nachfolgenden Diskussionsbeitrag wird jedoch auf die Verwendung des Begriffs „Mindest“ verzichtet und ist stattdessen lediglich von Personalbesetzungsstandards die Rede. Und zwar aus folgenden Gründen:

- Die Verwendung des Begriffs ‚Mindest‘ legt nahe anzunehmen, dass der als Mindeststandard angegeben Wert unter dem eigentlichen ‚Standard‘ liegt und dem eigentlich als Norm gesetzten Standard nicht genügt. Als Standard oder Norm wäre aber nur eine auf Grundlage einer anerkannten Methode der Personalbedarfsermittlung errechnete Personalbesetzung legitimierbar. Und diese Personalbesetzung wäre keine ‚Mindestpersonalbesetzung‘, sondern sie wäre als bedarfsgerechte Personalbesetzung anzusehen, in dem Sinne, dass sie dem Ergebnis einer Personalbedarfsermittlung entspricht. Eine solche bedarfsgerechte Personalbesetzung wäre auch als Standard – in diesem Fall als Personalbesetzungsstandard – sachlich begründbar. In der Verwendung des Begriffs ‚Standard‘ wird zudem auch deutlich, dass es sich letztlich um das Ergebnis einer normativen Setzung handelt. Ein Standard existiert nicht als ‚objektiv‘ gegebener, sondern ist immer ein gesetzter also normativ bestimmter. Würde unterhalb eines so abgeleiteten Standards ein ‚Mindeststandard‘ festgelegt, könnte dies

nur eine Personalbesetzung sein, die nicht als bedarfsgerecht gelten kann, da sie nicht dem gesetzten Standard genügt. Die Vorgabe eines solchen ‚Mindeststandards‘ würde auch nicht den Anforderungen des Sozialrechts genügen, das den GKV-Versicherten einen Anspruch auf eine ausreichende, dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Krankenhausbehandlung gewährt (§ 39 SGB V). Denn eine nicht bedarfsgerechte Personalbesetzung kann nicht als ausreichend gelten.

- Die Verwendung des Begriffs ‚Mindest‘ erscheint zudem auch deshalb nicht sinnvoll, als es für die Personalbesetzung im Krankenhaus keine zweifelsfrei festzulegende Untergrenze geben kann. Aus dem Stand der internationalen Forschung lässt sich ableiten, dass es einen durch zahlreiche empirische Studien belegten Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals auf der einen und der Ergebnisqualität der Patientenversorgung auf der anderen Seite gibt. Eine absolute Untergrenze lässt sich aus diesen Studien jedoch nicht ableiten. Die Festlegung der Grenze ab der eine Personalbesetzung als nicht mehr ausreichend zu gelten hat, ist und bleibt eine normative, die allerdings nicht willkürlich, sondern auf Grundlage möglichst valider wissenschaftlicher Erkenntnisse und professioneller Expertise getroffen werden sollte.
- Nicht zuletzt provoziert die Verwendung des Begriffs ‚Mindestpersonalbesetzung‘ auch Erinnerungen an das System der Anhaltzahlen von 1969. Darin war insbesondere bei kleinen Stationen, für mit den üblichen Anhaltzahlen nur eine vollkommen unzureichende Personalbesetzung zu errechnen war, als Alternative die Berechnung einer so genannten ‚Mindestpersonalbesetzung‘ mit Hilfe der Arbeitsplatzmethode zugelassen (Bölke 1981; DKG 1969, 1974).

Aus den dargelegten Gründen erscheint es sinnvoll, auf die Verwendung des Begriffs ‚Mindest‘ zu verzichten und eine entsprechende Intervention stattdessen als ‚Personalbesetzungsstandards‘ zu bezeichnen.

3 Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe und Entwicklung

Die gegenwärtige Diskussion über eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser hat bei genauer Betrachtung eine mehrere Jahrzehnte dauernde Vorgeschichte. Sie reicht von heute aus gesehen über das Pflege-Förderprogramm 2009-2011 und den ihm vorangehenden 1996 einsetzenden Stellenabbau zu den ersten staatlichen Regulierungen für die Personalbesetzung im Krankenhaus, der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und der Pflege-Personalregelung (PPR). Die wiederum sind nur zu verstehen und richtig einzuordnen, wenn man einen Blick auf deren Vorgeschichte wirft, die bis zum Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981 und darüber hinaus wiederum zu den Anhaltszahlen von 1969 reicht. Diese Vorgeschichte soll im Folgenden kurz aufgezeigt werden, da die gegenwärtige Diskussion im Grunde eine Art ‚Neuaufgabe‘ von Diskussionen der 1980er Jahre ist, wenn auch unter anderen Vorzeichen.

3.1 Die Vorgeschichte und Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung und Pflege-Personalregelung

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre entwickelte sich in der alten Bundesrepublik unter dem Leitbegriff „Pflegenotstand“ eine öffentliche Diskussion über steigende Arbeitsbelastung und Überforderungen im Pflegedienst der Krankenhäuser (Alber 1990; Bartholomeyczik 1993; DKG 1990; Mergner 1990). Hintergrund der Diskussion war, dass die Personalbesetzung nicht mit der Leistungsentwicklung Schritt gehalten hatte und daraus eine zunehmende Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals in zahlreichen Kliniken resultierte.

Als eine wesentliche Ursache dieser Entwicklung galten die genannten ‚Anhaltszahlen‘. Dabei handelte es sich um ein Kennzahlensystem, das zentrale Grundlage für die Berechnung von Stellenplänen in Krankenhäusern war. Die von 1969 bzw. 1974 stammenden Anhaltszahlen wurden bereits ab Ende der 1970er Jahre als veraltet und methodisch ungeeignet kritisiert. Das damals für die Gesundheitspolitik des Bundes zuständige Arbeits- und Sozialministerium beauftragte daraufhin eine Expertengruppe mit der Entwicklung neuer und methodisch besser geeigneter Verfahren (BMA 1985). Der Gesetzgeber beauftragte zudem 1981 die Spitzenverbände im Krankenhausbereich, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der GKV, neue Maßstäbe und Grundsätze für

die Personalbedarfsermittlung zu vereinbaren (§ 19 Abs. 1 KHG i.d.F. des KHKG 1981). Für den Fall einer Nichteinigung enthielt das Gesetz die Ankündigung, dass die Bundesregierung solche Maßstäbe durch eine Rechtsverordnung festlegen würde.

Aufgrund tiefgreifender Interessengegensätze konnten sich die Spitzenverbände jedoch in insgesamt mehr als 50 Verhandlungen in den Jahren 1983 bis 1989 nicht auf gemeinsame Empfehlungen einigen (Mohr 1988). Nachdem die Verhandlungen im Juli 1989 von den Verbänden für endgültig gescheitert erklärt worden waren, begann das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) mit den Vorbereitungen für eine bundesrechtliche Regelung. Es wurden mehrere Expertengruppen einberufen und mit der Erarbeitung geeigneter Konzepte beauftragt. Auf der Grundlage der Ergebnisse der jeweiligen Expertengruppen trat zum 1.01.1991 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und zum 1.01.1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) in Kraft (Kunze/Kaltenbach 2005; Schöning/Luithlen/Scheinert 1995). Während die Psych-PV die Personalbedarfsermittlung für Ärzte, Pflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen regelt, enthält die PPR nur Vorgaben für die Berechnung des Personalbedarfs im Pflegedienst der Normalstationen. Ausgenommen war die Pflege in Intensiveinheiten und Dialyseeinheiten und – da bereits in der Psych-PV geregelt – die Psychiatrie.

Im Zentrum beider Regelungen stehen Minutenwerte für definierte Leistungen und Leistungsbereiche, die mit der Zahl der zu versorgenden Patienten multipliziert den Personalbedarf einer bestimmten Station oder Einrichtung ergeben. Die Minutenwerte schlossen nur den Personalbedarf eines so genannten ‚Regeldienstes‘ ein, der täglich 14 Stunden umfasste, üblicherweise die Zeit von 6:00 Uhr bis 20:00 Uhr. Der Personalbedarf für Nachtdienst und Bereitschaftsdienste war nicht enthalten und musste gesondert mit den Kostenträgern vereinbart werden.

Da beide Regelungen für die gegenwärtige Diskussion über Personalbesetzungsstandards von Bedeutung sind, ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass es sich bei beiden nicht um Regelungen handelt, die von den Krankenhäusern die Vorhaltung der mit diesen Regelungen errechneten Personalbesetzungen fordern. Sie waren vielmehr als Rechtsgrundlagen für die Budgetfindung im Rahmen der Budgetverhandlungen geschaffen worden. Verbindlich war bzw. ist zwar die Anwendung der jeweiligen Regelung, die dabei ermittelte Zahl an Stellen war bzw. ist jedoch lediglich Datengrundlage für die Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen. Die Zahl der von den Krankenkassen zu finanzierenden Stellen war bzw. ist Ergebnis von Verhandlungen, und das jeweilige Krankenhaus war bzw. ist nicht verpflichtet, die mit den Krankenkassen vereinbarte Zahl an Vollkräften auch tatsächlich vorzuhalten. Allerdings sahen sowohl die Psych-PV als auch die PPR vor, dass Krankenhäuser für mit den Kassen vereinbarte aber ganz oder teilweise nicht besetz-

te Stellen die nicht verbrauchten Personalkosten den Kassen zurück erstatten mussten (§ 10 Abs. 4 Psych-PV; § 11 Abs. 3 PPR).

Diese Funktionszuweisung der Psych-PV und der PPR als Hilfsinstrument für die Budgetverhandlungen wurzelte in dem zum Zeitpunkt ihrer Entstehung geltenden System der Krankenhausfinanzierung. Bis 1992 wurde das Budget eines Krankenhauses zwischen Krankenhaus und Krankenkassen in Budgetverhandlungen vereinbart und die Budgetbemessung richtete sich nach den vom Krankenhaus den Krankenkassen gegenüber nachzuweisenden Selbstkosten der Klinik. Tragendes Prinzip dieses Systems war das so genannte ‚Selbstkostendeckungsprinzip‘. Dazu gehörte allerdings auch, dass Krankenhäuser nicht verbrauchte Budgetanteile den Kassen in einem folgenden Pflegesatzzeitraum zurück erstatten mussten (Jung 1985).

In diesem System wurde der Stellenplan auf Grundlage von Verfahren und Richtwerten der Personalbedarfsermittlung verhandelt und vereinbart. Eine zentrale Berechnungsgrundlage für die Ermittlung des Stellenplans im Pflegedienst waren die bereits erwähnten ‚Anhaltzahlen‘ der DKG, die auch im Falle einer externen Wirtschaftlichkeitsprüfung des Krankenhauses nach einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder aus dem Jahr 1976 anzuwenden waren. Konnten sich Krankenhaus und Krankenkassen nicht auf ein Budget einigen, wurde eine paritätisch besetzte Schiedsstelle angerufen, die in der Regel ebenfalls die üblicherweise anzuwendenden Methoden der Personalbedarfsermittlung für ihre Entscheidung zu Grunde legte. In diesem System kam einem durch Rechtsvorschriften des Bundes vorgegebenen Verfahren der Personalbedarfsermittlung folglich eine entscheidende Rolle zu. Es legte sowohl für Krankenhäuser als auch Krankenkassen bundesweit einheitlich und verbindlich fest, nach welchen Regeln die Stellenpläne zu berechnen waren.

Dies zu erwähnen ist insofern wichtig, als in dem bis 1992 geltenden System der Krankenhausfinanzierung die Vorgabe verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards kein Diskussionsthema war. Krankenhäuser hatten in der Regel ein Interesse an einer möglichst guten Personalbesetzung, sofern ihnen die dafür entstehenden Personalkosten von den Kassen finanziert wurden. Der Streit entfachte sich zumeist darüber, dass ein Krankenhaus zusätzliches Personal beschäftigen wollte, die Kassen die Erstattung der entsprechenden Personalkosten aber verweigerten. In einem solchen Finanzierungssystem konnte die Einführung einer verbindlichen Berechnungsmethodik für die Ermittlung von Stellenplänen faktisch wie eine externe Maßnahme der Qualitätssicherung wirken. Da eine solche bundesrechtliche Regelung zudem auch Entscheidungsgrundlage für Schiedsstellen und Gerichte war, verbesserte sie die Position der Krankenhäuser auch im Falle einer Nichteinigung mit den Kassen.

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) brachte 1993 jedoch die Abkehr vom ‚Selbstkostendeckungsprinzip‘. Zum 1.01.1993 wurde eine Obergrenze für Krankenhausbudgets eingeführt, die sich an der Entwicklung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied orientierte. Nicht mehr die Selbstkosten der Krankenhäuser sollten maßgeblich sein, sondern die Entwicklung der Einnahmen der GKV. Mit dieser so genannten ‚Budgetdeckung‘ sollte erreicht werden, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung nicht stärker steigen als ihre Einnahmen, um so die GKV-Beiträge stabil zu halten.

Regelungen wie die Psych-PV und die PPR waren aber mit einem System gedeckelter Budgets nicht kompatibel, denn ihre Funktionalität war davon abhängig, dass der auf ihrer Grundlage ermittelte Personalbedarf auch finanziert wird. Das Problem der Unvereinbarkeit wurde von der Politik zunächst so gelöst, dass beide Regelungen von der Deckelung bis 1995 ausgenommen wurden und Personalkostensteigerungen, die sich aus der Anwendung beider Regelungen ergaben, die vorgegebene Veränderungsrate übersteigen durften. Ohne solche Ausnahmeregelungen wären die Ziele beider Regelungen auch nicht zu erreichen gewesen. Ziel war in beiden Fällen eine deutliche Verbesserung der Personalbesetzung, und die war absehbar mit Kostensteigerungen verbunden, die die Obergrenze überschritten.

Für beide Regelungen waren von der Bundesregierung Angaben gemacht worden, um wie viel der Personalbestand durch die Anwendung der beiden Regelungen voraussichtlich steigen würde. Für die Psych-PV erwartete die Bundesregierung für den Zeitraum 1991-1995 eine Erhöhung des Personalbestandes um ca. 5.000 Vollkräfte (Kunze/Kaltenbach 2005: 216). Im Fall der PPR ging die Bundesregierung davon aus, dass bereits im Vorgriff auf das Inkrafttreten der PPR für das Jahr 1992 ca. 13.000 zusätzliche Stellen vereinbart wurden und für den vorgesehenen vierjährigen Übergangszeitraum mit weiteren ca. 13.000 zusätzlichen Stellen zu rechnen sei (BT-Drs.12/3608: 71). Als 1995 von den GKV-Spitzenverbänden gemeldet wurde, die Zielzahl von insgesamt 26.000 Stellen sei bereits 1995 erreicht und eine weitere Anwendung der PPR würde zu einer Überschreitung der Zielzahl führen, setzte die Bundesregierung die Anwendung der PPR für das Jahr 1996 aus. Kurz darauf erfolgte im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes die vollständige Aufhebung der PPR zum 1.01.1997.

Wie sich rückblickend feststellen lässt, waren beide Annahmen jedoch falsch. Weder waren 1992 13.000 zusätzliche Stellen geschaffen worden, noch war bis Ende 1995 die Zielzahl von insgesamt 26.000 Stellen erreicht worden. Wie sich an der Krankenhausstatistik ablesen lässt, waren 1992 im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser lediglich ca. 7.500 Stellen zusätzlich geschaffen worden und auch im Zeitraum 1992 bis 1995 wurde die Zahl von insgesamt 26.000 zusätzlichen Vollkräften nicht erreicht. Zwar weist die

Krankenhausstatistik für das Jahr 1995 im Vergleich zum Ausgangsjahr 1991 insgesamt einen Zuwachs von ca. 25.590 Vollkräften aus, darin sind aber auch die Stellen im Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen sowie auf Intensivstationen enthalten. Rechnet man diese beiden Bereiche heraus, so ergibt sich lediglich ein Zuwachs von ca. 21.000 Vollkräften für den Pflegedienst auf Normalstationen chirurgischer und internistischer Abteilungen (zu näheren Angaben vgl. Simon 2008a: 60f.). Die Zielzahl für die Umsetzung der PPR wurde somit um ca. 5.000 Vollkräfte oder ca. 20% verfehlt.

Aber auch wenn insgesamt 26.000 zusätzliche Vollkräfte erreicht worden wären, erscheint es sehr zweifelhaft, dass damit das Ziel einer wirksamen Verbesserung der personellen Besetzung im Pflegedienst ausreichend erfüllt worden wäre. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst allgemeiner Krankenhäuser lag 1991 bei ca. 326.000. Davon waren ca. 15.000 Vollkräfte im Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen beschäftigt und ca. 40.000 auf Intensivstationen (Simon 2008a: 60f.). Somit verblieben für Normalstationen chirurgischer und internistischer Abteilungen ca. 271.000 Vollkräfte. Die angestrebten ca. 26.000 zusätzlichen Vollkräfte entsprachen folglich ca. 10% des Personalbestandes im Jahr 1991. Wenn aber Ausgangspunkt der staatlichen Intervention die Annahme eines ‚Pflegenotstandes‘ in Krankenhäusern war, so erscheint es wenig plausibel, dass dieser durch eine Unterbesetzung um lediglich ca. 10% ausgelöst worden war. Es muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass der ‚Notstand‘ aus einer deutlich höheren Unterbesetzung resultierte und folglich zu seiner Behebung auch ein deutlich höherer Zuwachs erforderlich gewesen wäre.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit war die Konstruktion der PPR auch auf einen höheren Personalzuwachs als lediglich 10% ausgerichtet. Diese Annahme wird unterstützt durch eine kleine, in der damaligen öffentlichen gesundheitspolitischen Diskussion kaum wahrgenommene Meldung. Ende Oktober 1993 meldeten die GKV-Spitzenverbände in einem internen Papier an die Verbände der verschiedenen Kassenarten, die Auswertung der vorliegenden Daten aus den Budgetverhandlungen des Jahres 1993 hätten ergeben, dass bei vollständiger Umsetzung der PPR mit insgesamt ca. 20% mehr Stellen zu rechnen sei (GKV 1993: 541). Dies entsprach ca. 50.000 zusätzlichen Vollkräften und dürfte Ausgangsdiagnose eines Pflegenotstandes deutlich angemessener gewesen sein.

3.2 Der Stellenabbau in den Jahren 1996 bis 2007

Unmittelbar nach der Aussetzung und anschließenden Aufhebung der PPR setzte im Jahr 1996 ein Stellenabbau im Pflegedienst ein, der bis 2007 in den allgemeinen Krankenhäusern zum Abbau von insgesamt ca. 47.600 Vollkräften führte (Tab. 2). In den Krankenhäu-

sern insgesamt, also einschließlich der psychiatrischen Kliniken, wurden in diesem Zeitraum ca. 52.200 Vollkräfte im Pflegedienst abgebaut (Tab. 1).

Zwar galt die Psych-PV weiterhin, da sie jedoch nicht mehr als Ausnahme von der Deckelung galt, waren die insbesondere durch die Tarifentwicklung steigenden Personalkosten nicht mehr ausreichend durch die gedeckelte Budgetentwicklung refinanziert. In der Folge entstand eine zunehmend größer werdende Lücke zwischen Personalkostensteigerungen und Budgetgrenze, in der Fachdiskussion auch als „BAT-Schere“ (Kunze/Schmidt-Michel 2007: 1461) bezeichnet, die auch psychiatrische Kliniken zu einem Stellenabbau zwang. Eine im Auftrag des BMG durchgeführte bundesweite Befragung stationärer psychiatrischer Einrichtungen ergab, dass der ‚Erfüllungsgrad‘ der Psych-PV im Jahr 2004 infolge dessen nur noch bei durchschnittlich 89% lag (APK 2007). Anders ausgedrückt: Im Bundesdurchschnitt waren mangels ausreichender Refinanzierung nur noch ca. 89 % der gemäß Psych-PV als bedarfsgerecht geltenden Stellen tatsächlich besetzt.

Mit der Aussetzung und anschließenden Aufhebung der PPR entfiel zugleich die ihr vom Gesetzgeber 1992 zugeschriebene Funktion als Instrument der Qualitätssicherung. In der amtlichen Begründung der PPR war ausgeführt worden, dass die PPR nach der für 1996 geplanten schrittweisen Einführung eines Fallpauschalensystems ihre Bedeutung für die Budgetfindung verlieren würde und zunehmend als Instrument der internen und externen Qualitätssicherung dienen sollte (BT-Drs. 12/3608: 145). Die in der PPR festgelegten Maßstäbe sollten als Richtwerte für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung in die Kalkulation der Fallpauschalen und pauschalierten Sonderentgelte einfließen und für die externe Qualitätsbewertung von Krankenhäusern genutzt werden.

Da die PPR aber ab 1997 als Rechtsvorschrift vollständig aufgehoben wurde, konnte sie folglich auch nicht mehr als verbindlich einzusetzendes Instrument der Qualitätssicherung dienen. Nach der Aufhebung der PPR nutzten zwar noch sehr viele Kliniken die PPR, allerdings nur noch als Instrument einer internen Personaleinsatzplanung.

Tab. 1: Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt						
	Insgesamt	davon					
		Ärztlicher Dienst	Nichtärztliches Personal				
			zusammen	darunter			
				Pflege- dienst	Funktions- dienst	Veränderung	
						Pflege- dienst	Funktions- dienst
1991	875.816	95.208	780.608	326.072	78.694		
1992	882.449	97.673	784.776	331.301	78.895	5.229	201
1993	875.115	95.640	779.474	332.724	79.737	1.423	842
1994	880.150	97.105	783.045	342.324	80.406	9.600	669
1995	887.563	101.591	785.974	350.572	81.195	8.248	789
1996	880.000	104.352	775.647	349.424	81.049	-1.148	-146
1997	861.548	105.619	755.930	341.139	80.708	-8.285	-341
1998	850.949	107.106	743.841	337.717	81.159	-3.422	451
1999	843.452	107.901	735.553	334.891	81.814	-2.826	655
2000	834.586	108.696	725.889	332.268	82.399	-2.623	585
2001	832.530	110.152	722.379	331.472	83.293	-796	894
2002	833.541	112.764	720.777	327.385	84.095	-4.087	802
2003	823.939	114.106	709.833	320.158	84.198	-7.227	103
2004	805.988	117.682	688.307	309.511	84.257	-10.647	59
2005	796.098	121.610	674.489	302.346	84.282	-7.165	25
2006	791.915	123.714	668.200	299.328	84.964	-3.018	682
2007	792.299	126.001	666.300	298.325	86.216	-1.003	1.252
2008	797.553	128.117	669.436	300.417	88.414	2.092	2.198
2009	807.875	131.227	676.648	303.656	90.574	3.239	2.160
2010	816.257	134.392	681.411	306.213	92.731	2.557	2.157
2011	825.195	139.068	686.127	310.815	95.080	4.602	2.349
2012	837.754	142.874	694.880	313.478	97.761	2.663	2.681
1991-1995	11.747	6.383	5.366	24.500	2.501	-	-
in %	1,3	6,7	0,7	7,5	3,2	-	-
1995-2007	-95.264	24.410	-119.674	-52.247	5.021	-	-
in %	-10,7	24,0	-15,2	-14,9	6,2	-	-
1991-2012	-38.062	47.666	-85.728	-12.594	19.067	-	-
in %	-4,3	50,1	-11,0	-3,9	24,2	-	-
1995-2012	-49.809	41.283	-91.094	-37.094	16.566	-	-
in %	-5,6	40,6	-11,6	-10,6	20,4	-	-
2001-2005	-36.432	11.458	-47.890	-29.126	989	-	-
in %	-4,4	10,4	-6,6	-8,8	1,2	-	-
2008-2011	27.642	10.951	16.691	10.398	6.666	-	-
in %	3,5	8,5	2,5	3,5	7,5	-	-
2008-2012	40.201	14.757	25.444	13.061	9.347	-	-
in %	5,0	11,5	3,8	4,3	10,6	-	-
2002-2003	-9.602	1.342	-10.944	-7.227	103	-	-
2003-2004	-17.951	3.576	-21.526	-10.647	59	-	-
2004-2005	-9.890	3.928	-13.818	-7.165	25	-	-
2005-2006	-4.183	2.104	-6.289	-3.018	682	-	-

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Tab. 2: Zahl der Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt						
	Insgesamt	davon					
		Ärztlicher Dienst	Nichtärztliches Personal				
			zusammen	darunter			
				Pflege- dienst	Funktions- dienst	Veränderung	
						Pflege- dienst	Funktions- dienst
1991	815.551	91.279	724.272	296.518	75.384		
1992	827.011	93.921	733.090	303.990	75.943	7.472	559
1993	821.767	91.951	729.816	306.127	76.847	2.137	904
1994	822.929	93.035	729.894	313.359	77.197	7.232	350
1995	832.377	97.380	734.998	322.110	78.323	8.751	1.126
1996	827.225	100.039	727.186	322.418	78.330	308	7
1997	812.889	101.381	711.508	316.253	78.302	-6.165	-28
1998	803.356	102.912	700.443	313.281	78.786	-2.972	484
1999	797.195	103.764	693.432	311.086	79.503	-2.195	717
2000	787.694	104.339	683.354	308.138	80.020	-2.948	517
2001	785.484	105.747	679.738	307.309	80.900	-829	880
2002	777.719	107.489	670.230	299.512	81.286	-7.797	386
2003	769.432	108.840	660.592	293.020	81.500	-6.492	214
2004	752.431	112.242	640.190	282.891	81.563	-10.129	63
2005	747.150	116.337	630.813	278.118	81.776	-4.773	213
2006	743.505	118.398	625.107	275.427	82.511	-2.691	735
2007	743.798	120.674	623.124	274.481	83.780	-946	1.269
2008	748.308	122.704	625.604	276.320	85.924	1.839	2.144
2009	756.968	125.608	631.361	278.763	87.958	2.443	2.034
2010	764.595	128.681	635.459	280.842	90.120	2.079	2.162
2011	771.847	133.233	638.614	284.576	92.385	3.734	2.265
2012	780.033	136.479	643.554	285.264	94.824	688	2.439
1991-1995	16.826	6.101	10.726	25.592	2.939	-	-
in %	2,1	6,7	1,5	8,6	3,9	-	-
1995-2007	-88.579	23.294	-111.874	-47.629	5.457	-	-
in %	-10,6	23,9	-15,2	-14,8	7,0	-	-
1991-2012	-35.518	45.200	-80.718	-11.254	19.440	-	-
in %	-4,4	49,5	-11,1	-3,8	25,8	-	-
1995-2011	-60.530	35.853	-96.384	-37.534	14.062	-	-
in %	-7,4	39,0	-13,2	-12,3	18,3	-	-
1995-2012	-52.344	39.099	-91.444	-36.846	16.501	-	-
in %	-6,3	40,2	-12,4	-11,4	21,1	-	-
2001-2005	-38.334	10.590	-48.925	-29.191	876	-	-
in %	-4,9	10,0	-7,2	-9,5	1,1	-	-
2008-2011	23.539	10.529	13.010	8.256	6.461	-	-
in %	3,1	8,6	2,1	3,0	7,5	-	-

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Wenn gegenwärtig darüber diskutiert, wie der durch den Stellenabbau hervorgerufene Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und der Patientenversorgung begegnet werden kann, so ist auch die Frage nach den Ursachen des Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser aufzuwerfen. Er kann vor allem auf drei Ursachen zurückgeführt werden:

- Budgetdeckung und Budgetkürzungen
- Einführung des DRG-Systems
- Interne Umverteilung

Budgetdeckung und Budgetkürzungen

In den ersten Jahren des Stellenabbaus ging vor allem von der Budgetdeckung und mehrfachen pauschalen bundesweit geltenden Absenkungen der Krankenhausbudgets ein erheblicher wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser aus, auf den mit einer Reduzierung von Personalkosten reagiert wurde. Die Anbindung der Budgetentwicklung an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder erlaubte nur sehr niedrige Budgetsteigerungen, die zumeist nicht ausreichten, die insbesondere durch Tarifierhöhungen und Erhöhung von Sozialversicherungsbeiträgen steigenden Personalkosten zu decken.

Zudem beschloss der Gesetzgeber mehrfach pauschale Budgetkürzungen, die Aussetzung von Budgeterhöhungen oder eine Absenkung der ohnehin niedrigen Veränderungsrate, um die Krankenkassen zu entlasten. So wurden beispielsweise durch das 1996 beschlossene Beitragssatzentlastungsgesetz alle Krankenhausbudgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999 pauschal um 1% gekürzt und durch das Beitragssatzsicherungsgesetz für das Jahr 2003 die Anwendung der Veränderungsrate ausgesetzt und eine so genannte ‚Nullrunde‘ für Krankenhäuser verfügt.

Einführung des DRG-Systems

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 war beschlossen worden, dass der 1996 begonnene deutsche ‚Sonderweg‘ eines selbst entwickelten Fallpauschalensystems aufgegeben und stattdessen ein international bereits eingesetztes DRG-System übernommen und an deutsche Verhältnisse angepasst werden sollte (§ 17b KHG). Die Einführung erfolgte ab 2003 und sah eine schrittweise Umstellung krankenhaushausindividueller Budgets auf landesweit einheitliche Fallpauschalen vor. Es war erklärter politischer Wille, dass diese Umstellung zu ‚Gewinnern‘ und ‚Verlierern‘ unter den Krankenhäusern führen sollte (Baum/Tuschen 2000). Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten würden höhere Vergütungen als zuvor und Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten niedrigere Vergütungen als zuvor erhalten.

Eine solche Umstellung der Krankenhausfinanzierung war folglich mit einem erheblichen Verlustrisiko für Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten verbunden, das unter Umständen innerhalb kurzer Zeit zur Insolvenz führen konnte. Angesichts dieser Perspektiven

wurde bereits im Vorfeld der ab 2005 vorgesehenen ‚Scharfschaltung‘¹ des DRG-Systems damit begonnen, Kosten in noch stärkerem Maße als zuvor zu reduzieren. Da es sich bei Krankenhäusern um personalintensive Organisationen handelt, waren die Personalkosten in der Regel auch hauptsächlicher Ansatzpunkt für Kostensenkungsstrategien. Und unter den Personalkosten entfällt wiederum in der Regel der größte Einzelposten auf die Personalkosten des Pflegedienstes. Dementsprechend wurden in zahlreichen Kliniken vor allem in diesem Bereich Kosten gesenkt und Stellen abgebaut.

Verschärfend wirkte sich zudem aus, dass bis wenige Monate vor der ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems zwar eine mehrjährige Übergangsphase beschlossen war, es aber keine Obergrenze für die kommenden Budgetabsenkungen gab. Insofern bestand in den Jahren 2003 und 2004 erheblicher Handlungsdruck für Krankenhausleitungen, um drohende Verluste durch frühzeitige Kostensenkungen zu vermeiden.

Die Auswirkungen dieser Zusammenhänge auf die Personalbesetzung im Pflegedienst allgemeiner Krankenhäuser sind sehr deutlich an der Krankenhausstatistik ablesbar. In den Jahren 2002 bis 2004 erreichte der Stellenabbau bis dahin und auch danach nicht erreichte Höchstwerte. Im Jahr 2002 wurden ca. 7.800 Vollkräfte abgebaut, im Jahr 2003 waren es ca. 6.500 und unmittelbar vor der ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems waren es sogar ca. 10.100 Vollkräfte (Tab. 2). Dieser Abbau ging weit über das Maß hinaus, was durch die Budgetdeckelung und die Nullrunde 2003 erklärbar ist. Er erfolgte in vielen Kliniken nicht als Ausgleich bereits entstandener Verluste, sondern im Vorgriff auf zu erwartende Budgetverluste durch die ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems ab 2005. Erst kurz vor Ende 2004 wurde schließlich auf Verlangen des Bundesrates eine so genannte ‚Kappungsgrenze‘ eingeführt, durch die Budgetverluste infolge des DRG-Systems während der Konvergenzphase begrenzt und nur in jährlichen Schritten wirksam wurden. Vor diesem Hintergrund wird dann auch verständlich, dass im Jahr 2005 ‚nur noch‘ ca. 4.800 Vollkräfte abgebaut wurden und 2006 noch ca. 2.600 Vollkräfte.

Auch wenn der Stellenabbau in den Jahren ab 2002 nur zum Teil auf die gesetzlichen Budgetregelungen zurückzuführen ist und über das Maß hinausgeht, das durch Budgetdeckelung und Nullrunde erklärt werden kann, so ist er doch durch politische Interventionen bewirkt. Die Umstellung auf das DRG-System und die Ankündigung der Scharfschaltung ab 2005 noch dazu ohne eine Begrenzung für Budgetverluste zwang Krankenhausleitungen dazu, bereits im Vorfeld der Scharfschaltung Kosten zu reduzieren. Und genau diese Wirkung war durchaus auch politisch gewollt. Insofern ist die politische Letztver-

¹ Als ‚Scharfschaltung‘ wurde in der damaligen Fachdiskussion der Moment bezeichnet, an dem von der Vorbereitungsphase, in der aus der Anwendung der DRG-Fallpauschalen keine Verluste oder Überschüsse resultieren konnten, auf den ‚Echtbetrieb‘ umgestellt wurde, in dem es zu Verlusten oder Überschüssen aufgrund der DRG-Abrechnung kommen würde. Die ‚Scharfschaltung‘ erfolgte zum 1.01.2005.

antwortung für diesen Stellenabbau auch der Politik zuzuweisen. Dies ist insofern von Bedeutung, als die Frage nach einer Finanzierung zukünftiger Personalbesetzungsstandards auch ausgehend von den Ursachen des Stellenabbaus diskutiert werden könnte. Darauf wird an späterer Stelle näher eingegangen.

Interne Umverteilung von Mitteln

Wie bereits angesprochen, ging der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser im Bundesdurchschnitt über das Maß hinaus, das durch die Budgetentwicklung erklärt werden kann. Wie dargelegt, erfolgte im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems insbesondere in den Jahren 2002-2005 ein erheblicher Stellenabbau im Pflegedienst, der vielfach vor allem dazu dienen sollte, zu erwartende Budgetverluste zu kompensieren. Da die Erwartungen nach Einführung der Kappungsgrenze jedoch nach unten korrigiert werden konnten, hätte ein erheblicher Teil der Stellen wieder eingerichtet werden können. Dass dies nicht geschah, sondern stattdessen insbesondere im Pflegedienst weiter Stellen abgebaut wurden, ist offenbar vor allem zum Zweck interner Umverteilungen erfolgt. Um Mittel für andere Zwecke freisetzen zu können, wurden Stellen im Pflegedienst abgebaut bzw. gestrichene Stellen nicht wieder eingerichtet.

Dabei waren vor allem zwei Bereiche von besonderer finanzieller Bedeutung: Investitionen und steigende Personalkosten des ärztlichen Dienstes. Seit langem kommen die meisten Bundesländer ihrer Verpflichtung zu einer ausreichenden Investitionsförderung der Krankenhäuser nicht nach und haben ihre Haushaltsansätze in den letzten 10-20 Jahren teilweise sogar absolut reduziert (DKG 2014). Dringend notwendige Investitionen können Krankenhäuser mittlerweile vielfach nur dadurch finanzieren, dass sie Überschüsse aus ihren laufenden Einnahmen erwirtschaften. Da ca. zwei Drittel der Krankenhauskosten Personalkosten sind, geht von der unzureichenden öffentlichen Investitionsförderung der Länder somit auch ein starker Anreiz zum Personalabbau aus.

Ein weiterer wesentlicher Grund des Personalabbaus im Pflegedienst ist offenbar in steigenden und nicht durch die Budgetentwicklung zu deckenden Personalkosten im ärztlichen Dienst zu suchen. Dazu haben vor allem zwei Entwicklungen beigetragen: die Schaffung zusätzlicher Stellen im ärztlichen Dienst und Personalkostensteigerungen im Gefolge des 2006 durchgesetzten Ärztetarifvertrages.

Im Unterschied zum Pflegedienst und den meisten anderen Dienstarten ist im ärztlichen Dienst über den gesamten Betrachtungszeitraum ein kontinuierlicher Stellenzuwachs zu verzeichnen. Unter den Bedingungen der Budgetdeckung und mehrfachen Budgetkürzungen war dieser Zuwachs nur durch Kürzung in anderen Bereichen zu refinanzieren (Simon 2008a, 2009b). Dies gilt ebenso für die im Gefolge des Ärztestreiks 2006 durchgesetzten Personalkostensteigerungen. In einer bundesweiten Befragung von Krankenhaus-

leitungen gaben 2007 ca. 40 % der befragten Krankenhäuser an, die Mehrkosten durch den Ärztetarifvertrag vor allem durch Stellenabbau in anderen Berufsgruppen kompensieren zu wollen (DKI 2007: 70).

Eine Schätzung des Anteils des jeweiligen Einflussfaktors am Stellenabbau im Pflegedienst führte zu dem Ergebnis, dass nur grob geschätzt ca. 40 % des Stellenabbaus mit der Budgetentwicklung erklärt werden können und ca. 60 % offenbar zum Zweck interner Umverteilungen erfolgte (Simon 2008a: 81-93). Zu den internen Umverteilungen wären auch Mittelverschiebungen von den Personalkosten hin zur Finanzierung von Investitionen zu zählen. Bei gewinnorientierten privaten Krankenhäusern müssten auch Stellenstreichungen hinzugerechnet werden, die erfolgten, um Renditeerwartungen der Eigentümer oder Aktionäre zu befriedigen.

Die Beschäftigung mit den verschiedenen Ursachen des Stellenabbaus erscheint für die gegenwärtige Diskussion aus mehreren Gründen empfehlenswert. Wenn nicht nur eine Ursache gewirkt hat, wäre es wenig überzeugend, nur an einem Punkt ansetzen zu wollen. Im Falle des Stellenabbaus im Pflegedienst haben die politisch verfügte Budgetdeckung und Budgetkürzungen offensichtlich wesentlich zur Verschlechterung der Personalsituation beigetragen. Insofern erscheint es angemessen, dass der Bund zur Verbesserung der Personalbesetzung die GKV verpflichtet, zusätzliche Mittel bereitstellt.

Angesichts des Umstandes, dass ein erheblicher Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst offenbar zum Zweck interner Umverteilungen erfolgte, wäre es allerdings wenig erfolgversprechend, allen Krankenhäusern lediglich nur mehr Geld zur Verfügung zu stellen. Vor dem Hintergrund der bisherigen Entwicklungen müsste damit gerechnet werden, dass diese Mittel auch oder sogar vollständig für andere Zwecke eingesetzt werden. Insofern wäre es erforderlich, die Bereitstellung zusätzlicher Mittel zugleich mit der Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung zu verbinden, wie sie sich aus der Anwendung verbindlich anzuwendender Verfahren der Personalbedarfsermittlung ergibt.

Dass allein die Bereitstellung zusätzlicher Mittel nicht ausreicht, selbst wenn diese einer Zweckbindung unterworfen sind und die zweckentsprechende Verwendung der Mittel nachgewiesen werden muss, zeigt auch die Erfahrung mit der Umsetzung des 2009 beschlossenen Pflege-Förderprogramms. Darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

3.3 Das Pflegeförderprogramm 2009-2011 und seine Wirkungen

Die Folgen des Stellenabbaus im Pflegedienst wurden in den Jahren 2006 und 2007 zunehmend in der Öffentlichkeit diskutiert. Im November 2007 starteten die Gewerkschaft ver.di und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) unter den Titel „Uns reicht’s“ eine bundesweite Unterschriftenkampagne, an der sich bis Mitte 2008 ca. 185.000 Pflegekräfte beteiligten (DBfK/ver.di 2008). Im Zentrum der Unterschriftenkampagne stand die Forderung nach verpflichtend einzuhaltenden Personalbemessungsverfahren:

„Patienten und Pflegekräfte haben ein Recht auf eine Personalausstattung in allen Versorgungsbereichen, die eine qualitativ hochwertige und dem Bedarf angemessene pflegerische Versorgung gewährleistet. Die Pflege benötigt verpflichtende analytische Personalbemessungsverfahren zur Sicherstellung dieser Personalausstattung“ (DBfK/ver.di 2007).

Höhepunkt der Bewegung war eine bundesweit organisierte Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten am 25. September 2008 in Berlin, zu der ein „Aktionsbündnis Rettung der Krankenhäuser“ aufgerufen hatte. Die Bundesregierung reagierte auf die Protestbewegung mit einem Pflege-Förderprogramm, das in das 2009 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aufgenommen wurde (§ 4 Abs. 10 KHEntgG). Für die Jahre 2009, 2010 und 2011 wurden die Krankenkassen verpflichtet, eine politisch gesetzte Summe bereitzustellen, die ausreichen sollte, um insgesamt 17.000 zusätzliche Vollkräfte im Pflegedienst zu finanzieren. Ab 2012 sollte das Finanzvolumen in das DRG-System überführt werden, um dauerhaft zusätzliche Mittel für die Pflege besonders pflegeaufwendiger Patienten bereitzustellen. Zu diesem Zweck wurde mit dem so genannten Pflege-Komplexmaßnahmenscore (PKMS) ein gesondertes System zur Klassifizierung hochpflegeaufwendiger Patienten geschaffen, auf dessen Grundlage bundesweit geltende Zusatzentgelte kalkuliert und vereinbart wurden.

Das Pflege-Förderprogramm sah keine vollständige Finanzierung der zusätzlichen Stellen durch die Krankenkassen vor, sondern nur eine Refinanzierung von 90 % der Personalkosten neu geschaffener Stellen. Insofern lautete die Formulierung im Gesetz denn auch, dass die Stellen von der GKV „gefördert“ würden (§ 4 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG). Die verbleibenden 10 % hatten die am Programm teilnehmenden Krankenhäuser aus eigenen Mitteln aufzubringen.

Das Programm erforderte keinen Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs. Sofern ein Krankenhaus bereit und in der Lage war, die von ihm selbst zu tragenden 10% aufzubringen, hatte es einen Rechtsanspruch auf die übrigen 90 %, der allerdings auf 0,48 % seines Budgets begrenzt war. Das Gesetz gab jedoch vor, dass Krankenhäuser die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel durch die Bestätigung eines unab-

hängigen Jahresabschlussprüfers nachweisen mussten. Nicht verbrauchte Mittel mussten an die Krankenkassen zurückgezahlt werden.

Nach dem Auslaufen des Programms legte der GKV-Spitzenverband auf Grundlage der Auswertung der Budgetdaten zum 30.06.2013 einen Abschlussbericht zur Umsetzung des Pflege-Förderprogramms vor. Danach beteiligten in den Jahren 2009 bis 2011 insgesamt 1.125 der insgesamt 1.436 anspruchsberechtigten Krankenhäuser am Pflege-Förderprogramm und vereinbarten mit den Krankenkassen die Schaffung von insgesamt 15.349 Stellen (GKV-Spitzenverband 2013a: 21). Durch Testate von Jahresabschlussprüfern waren bis zur Veröffentlichung des Abschlussberichts allerdings nur 13.617 zusätzliche Vollkräfte bestätigt. Unklar musste bleiben, ob die bis Mitte 2013 vereinbarten aber nicht bestätigten 1.732 Stellen auch tatsächlich geschaffen wurden. Zudem ergeben sich aus der Berechnungsweise des GKV-Spitzenverbandes Unklarheiten über die Zahl der vereinbarten zusätzlichen Stellen, da als Ausgangspunkt ein VK-Bestand am 30.06.2008 diente, der allerdings nur auf Grundlage von Budgetdaten der Krankenhäuser geschätzt wurde, die wiederum nicht für alle Kliniken vorlagen. Insofern scheint es angemessen, die Daten des Abschlussberichts nur als Näherungswerte zu behandeln.

Aber auch trotz der letztlich nicht vermeidbaren Ungenauigkeiten² bieten die Daten wichtige Orientierungen für die Einschätzung der Wirkungen des Pflege-Förderprogramms. Dazu ist allerdings ein Abgleich mit den Daten der Krankenhausstatistik erforderlich, denn nicht alle allgemeinen Krankenhäuser haben an dem Programm teilgenommen. Ein solcher Abgleich der Ergebnisse offenbart eine erhebliche Differenz. Während im Rahmen des Programms ca. 15.300 zusätzliche Stellen vereinbart wurden, weist die Krankenhausstatistik für den Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in den Jahren 2009-2011 nur einen Zuwachs von insgesamt ca. 8.200 Vollkräften aus (Tab. 2). Es verbleibt somit eine Differenz von ca. 7.100 Vollkräften. Da im selben Zeitraum die Zahl der Vollkräfte im Funktionsdienst um ca. 6.500 Vollkräfte gestiegen ist, erscheint es plausibel davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der Mittel des Pflege-Förderprogramms in den Funktionsdienst geflossen ist.

Die noch verbleibende Differenz von ca. 600 Vollkräften legt die Annahme nahe, dass parallel zum Förderprogramm weitere Stellen abgebaut wurden, vermutlich vor allem in Kliniken, die sich nicht am Programm beteiligt haben. Allerdings ist auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht eindeutig zu erkennen, in welcher Höhe der Stellenabbau im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in den Jahren 2009 bis 2011 stattfand, da nicht bekannt ist, ob und in welcher Zahl aus dem Mitteln des Pflege-Förderprogramms Stellen

² Offenbar kam eine Reihe von Krankenhäusern ihrer Pflicht zur Datenlieferung nicht in dem erforderlichen Umfang nach und waren von den Krankenkassen letztlich nicht auch zur Datenlieferung zu zwingen.

im Funktionsdienst finanziert wurden. Zudem ist anhand der Krankenhausstatistik nicht erkennbar wie hoch der Anteil der Pflegefachkräfte an den ca. 6.500 zusätzlichen Vollkräften im Funktionsdienst war. Im Funktionsdienst sind je nach Art des Bereiches keineswegs nur Pflegekräfte tätig, sondern auch andere Berufsgruppen wie beispielsweise Medizinisch Technische Assistentinnen oder Medizinische Fachangestellte. Der Anteil des Pflegepersonals variiert zwischen den einzelnen Bereichen und ist auch zwischen Krankenhäusern unterschiedlich. Als grober Orientierungswert kann nach Aussagen leitender Pflegekräfte wohl von durchschnittlich ca. 70-80% Anteil Pflegefachkräfte ausgegangen werden. Erfolgte der Zuwachs im Funktionsdienst proportional zu der bislang üblichen Berufsgruppenverteilung, so wäre der Zuwachs des Pflegepersonals im Funktionsdienst 2009-2011 um ca. 130-180 VK niedriger anzusetzen und das Volumen des parallel erfolgten Stellenabbaus entsprechend höher.

Sofern der Stellenzuwachs im Funktionsdienst nicht nur aus Mitteln des Pflege-Förderprogramms finanziert wurde, müsste das Volumen des Stellenabbaus im Pflegedienst für die Jahre 2009-2011 um die entsprechende Zahl zusätzlicher aber nicht aus dem Förderprogramm finanzierter Stellen im Funktionsdienst erhöht werden.

Es erscheint allerdings wahrscheinlich, dass Krankenhäuser die günstige Gelegenheit genutzt und die Mittel des Pflege-Förderprogramms auch für die Finanzierung zusätzlicher Stellen im Funktionsdienst in Anspruch genommen haben. Eine solche Verwendung der Fördermittel war legal und stand im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften. § 4 Abs. 10 KHEntgG gab lediglich vor, dass aus den Mitteln des Programms die Personalkosten nur für Pflegefachkräfte mit einer Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz finanziert werden durften. Über die Art der Tätigkeit oder den Arbeitsbereich dieser Pflegefachkräfte enthielt das Gesetz keine Angaben. Insofern konnten die Mittel auch für zusätzliche Stellen im Funktionsdienst oder auch im Medizincontrolling etc. verwendet werden, sofern diese Stellen von Pflegefachkräften besetzt wurden.

Da die Intention des Pflege-Förderprogramms aber eindeutig auf eine Verbesserung der Situation im Pflegedienst, also auf Normal- und Intensivstationen, gerichtet war, entsprach die Verwendung der Mittel für andere Bereiche allerdings nicht den Intentionen, die mit der gesetzlichen Regelung verfolgt wurden. Rückblickend erscheint es darum als Konstruktionsfehler des Programms, dass es keine Zweckbindung für den ‚Pflegedienst‘ enthielt.

Insgesamt ergibt eine Bilanz nach Auslaufen des Pflege-Förderprogramms für den Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser, dass die Personalbesetzung 2011 immer noch mindestens um ca. 37.500 Vollkräfte unter dem Bestand des Jahres 1995 lag. Nimmt man allgemeine und sonstige Krankenhäuser zusammen, so lag das Minus bei mindestens ca. 40.000 Vollkräften. Wie dargelegt, müsste die Zahl nach oben korrigiert werden, wenn die

zusätzlichen ca. 6.5000 Vollkräfte im Funktionsdienst oder ein Teil davon nicht aus den Mitteln des Förderprogramms finanziert wurden.

Und es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass der Bestand an Vollkräften 2011 und auch 2012 unter dem des Jahres 1991 lag, der als unzureichend und Ausdruck eines ‚Pflegenotstandes‘ galt.

3.4 Die Lage nach Auslaufen des Pflegeförderprogramms

Die Regelungen des § 4 Abs. 10 KHEntgG gaben vor, dass das tatsächlich in Anspruch genommene Finanzvolumen nach Auslaufen des Förderprogramms mittels einer geeigneten Systematik in das DRG-System überführt werden sollte. Während das Pflegeförderprogramm keinerlei Angaben zu förderfähigen Einsatzbereichen der Pflegefachkräfte oder zur Art der Patienten machte, war für die Überführung der Mittel in das DRG-System vorgegeben, dass die Mittel ab 2012 „zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen“ (§ 4 Abs. 10 KHEntgG).

Dies war gegenüber den für die Jahre 2009-2011 geltenden Regelungen eine deutliche Veränderung und bedeutete eine erhebliche Einschränkung. Während der Laufzeit des Programms konnten dessen Mittel zur Finanzierung zusätzlicher Stellen für Pflegefachkräfte in allen Bereichen des Pflegedienstes eingesetzt werden, sowohl auf Normalstationen als auch Intensivstationen, und auch darüber hinaus, wie beispielsweise im Funktionsdienst. Ab dem 1.01.2012 sollten die bis dahin breit einsetzbaren Mittel nur noch für die Finanzierung von Stellen in der Versorgung von Patienten „mit einem erhöhten pflegerischen Aufwand“ zur Verfügung stehen. Die Spitzenverbände des Krankenhausbereiches hatten das DRG-Institut (InEK) zu beauftragen geeignete Kriterien für die Mittelverteilung zu entwickeln.

Entsprechend des gesetzlichen Auftrages wurde ein Klassifizierungssystem zur Erfassung hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus entwickelt, Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) genannt (Wietek 2009). Auf Grundlage der PKMS-Systematik wurden neue OPS-Schlüssel definiert und zwei pauschalierte bundesweit geltende Zusatzentgelte in den DRG-Katalog aufgenommen (ZE 130, 131). Diese Zusatzentgelte können von einem Krankenhaus abgerechnet werden, wenn ein Patient die im OPS definierten Bedingungen erfüllt (DIMDI 2014). Abrechnungsfähig waren anfangs nur Pflegeleistungen auf Normalstationen, mittlerweile können auch auf Intermediate Care Stationen (IMC) erbrachte Leistungen abgerechnet werden. Weiterhin nicht abrechnungsfähig sind Leistungen auf Intensivstationen. Somit ist der Intensivbereich, 2009-2011 uneingeschränkt anspruchsbefähigt.

rechtigt, seit 2012 vollständig von den früheren Mitteln des Pflege-Förderprogramms ausgeschlossen.

Bereits in einer sehr frühen Phase der Vorbereitung war aus den Reihen der gemeinsamen Selbstverwaltung durchgesetzt worden, dass insgesamt nicht mehr als maximal 5 % aller Krankenhausfälle unter den Anwendungsbereich des neuen Pflegeklassifikationssystems fallen dürften. Die Einbeziehung aller stationär versorgten Fälle, wie es die sachlogisch richtige Konsequenz des Pflege-Förderprogramms gewesen wäre, hätte einen weitreichenden Umbau des DRG-Systems und eine Neukalkulation im Grunde aller DRG-Fallpauschalen erfordert. Dazu waren offensichtlich weder DKG noch GKV-Spitzenverband und insbesondere auch nicht die Leitung des InEK bereit. Ein solcher Umbau des DRG-Systems wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit auch innerhalb der Politik nicht mehrheitsfähig gewesen.

Die so getroffene Grundsatzentscheidung, das Programm nur mittels zweier Zusatzentgelte für eine sehr kleine Gruppe von Patienten weiterzuführen, musste absehbar mehrere Konsequenzen nach sich ziehen:

- Zum einen mussten Krankenhäuser, die Mittel aus dem Programm in Anspruch genommen hatten, damit rechnen, dass sie ab dem 1.01.2012 nur noch einen Teil, und möglicherweise nur einen kleinen Teil der bisherigen Mittel oder auch gar keine über das neue System erhalten werden. Die im Rahmen des Förderprogramms geschaffenen Stellen durften folglich nur befristet besetzt werden und die entsprechenden Arbeitsverträge mussten spätestens zum 31.12.2011 auslaufen.
- Da die Mittel ab 2012 nur noch für einen relativ kleinen Teil der Krankenhauspatienten verfügbar sein sollten, war zu erwarten, dass der dafür erforderliche Finanzierungsbedarf deutlich geringer ausfallen würde, als das bis Ende 2011 bereit gestellte Volumen.

Es war somit absehbar, dass der Effekt des Pflege-Förderprogramms nach seinem Auslaufen bis auf einen kleinen Rest schlicht ‚verpuffen‘ würde. Auch das Volumen der mittels PKMS zu verteilenden Mittel schrumpfte immer weiter zusammen. Von den zunächst politisch ‚gesetzten‘ maximal 5 % blieben nach den der GKV vorliegenden Abrechnungsdaten im Jahr 2012 lediglich noch 0,8 % der Fälle, die die Bedingungen des PKMS erfüllten (GKV-Spitzenverband 2013a: 34).

Eine ähnliche Entwicklung ist beim finanziellen Volumen zu verzeichnen. Für die Finanzierung des Pflegeförderprogramms sollten von den Krankenkassen nach den ursprünglichen Plänen der Bundesregierung bis zu 660 Mio. Euro bereitgestellt werden (BMG 2008). Laut Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes lag das Volumen der Vereinbarungen mit

Krankenhäusern 2011 bei 536 Mio. Euro, von Abschlussprüfern bestätigt waren Mitte 2013 davon lediglich 357 Mio. Euro (GKV-Spitzenverband 2013a: 24).

Angesichts dieser Zusammenhänge und Datenlage wird es nachvollziehbar, dass für die Überführung des Finanzvolumens in das DRG-System von den Verbänden der gemeinsamen Selbstverwaltung ein sehr spezielles Modell gewählt wurde. Nur ein Teil des Volumens wurde für die neuen Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege bereitgestellt, der überwiegende Teil wurde für eine Anhebung der Landesbasisfallwerte verwendet und fließt somit seit 2012 allen Krankenhäusern zu, vollkommen unabhängig vom Pflegebedarf ihrer Patienten und der personellen Situation im Pflegedienst. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes wurden im Bundesdurchschnitt ca. 40 % für die neuen Zusatzentgelte und 60 % für eine Anhebung der Landesbasisfallwerte verwendet (GKV-Spitzenverband 2013a: 36). Da die Auszahlung von 60 % der Mittel über einen erhöhten Landesbasisfallwert allen Krankenhäusern zugute kommt, erhalten somit auch Kliniken zusätzliche Mittel aus der Fortsetzung des Pflege-Förderprogramms, die nicht nur keine zusätzlichen Stellen im Pflegedienst geschaffen haben, sondern auch solche Kliniken, die Stellen abgebaut haben.

Insgesamt betrachtet erscheint die Weiterführung des Pflege-Förderprogramms als verfehlt. Nicht nur dass die Einschränkung auf nur einen sehr kleinen Teil hochpflegeaufwendiger Patienten erfolgte, sondern der überwiegende Teil der ursprünglich für die Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst gedachten Mittel wird nun an alle Krankenhäuser verteilt wird und folglich auch an solche, die Personal im Pflegedienst abgebaut haben oder aktuell abbauen.

4 Entstehung und Entwicklung der Diskussion über die Forderung nach gesetzlichen Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen Entwicklungen wird seit einigen Jahren zunehmend darüber diskutiert, wie der Stellenabbau gestoppt und eine Verbesserung der Personalbesetzung bewirkt werden könnte. Mitte 2007 berichteten Medien vermehrt über die Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern. Angestoßen war diese Berichterstattung unter anderem auch durch die Ergebnisse einer Befragung von Pflegedienstleitungen des Krankenhausbereichs. Die Befragung hatte Hinweise auf eine zunehmende Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals und daraus resultierende Gefährdungen von Patienten ergeben (DIP 2007). Die Vorlage und Verabschiedung des Pflegeförderprogramms war, wie bereits erwähnt, vor allem eine Reaktion auf die 2007 einsetzende öffentliche Diskussion und zahlreiche Aktionen von Krankenhausbeschäftigten, der Gewerkschaft ver.di und Pflegeverbänden. Bereits Ende 2007 erschien als zentrale Forderung der sich entwickelnden Bewegung die Forderung, der Staat solle den Krankenhäusern verbindlich einzuhaltende Personalbemessungsverfahren zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung vorgeben (DBfK/ver.di 2007). Diese Forderung fand in den folgenden Jahren zunehmend mehr Unterstützung auch im politischen Raum, traf aber auch auf Ablehnung und Kritik wichtiger Akteure der Gesundheitspolitik.

Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung der Diskussion entlang wichtiger Ereignisse und Stellungnahmen insbesondere der Befürworter staatlicher Vorgaben nachgezeichnet und daran anschließend werden die Gegenpositionen der beiden einflussreichsten bisherigen Kritiker einer solchen Regulierung vorgestellt, des GKV-Spitzenverbandes und der DKG.

4.1 Eckpunkte der bisherigen Diskussion

Für die Entwicklung der Diskussion waren die folgenden Aktionen und Stellungnahmen von besonderer Bedeutung:

- 22.11.2007: Der größte Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und die Gewerkschaft ver.di starten eine Unterschriftenkampagne unter dem Leitmotto „Uns reicht’s!“. Zu den zentralen Forderungen der Kampagne gehört die Forderung nach einem verbindlich von allen Krankenhäusern anzuwendenden Personalbemessungsverfahren für den

Pflegedienst der Krankenhäuser, um eine ausreichende Personalbesetzung sicherzustellen (DBfK/ver.di 2007).

- 11.03.2008: Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geht in ihrer Rede auf dem Frühjahrsempfang der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf den Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ein und legt offen, dass im BMG bereits Möglichkeiten der politischen Intervention erörtert werden, darunter auch die Frage einer Reaktivierung der PPR und der bundesweit verbindlichen Vorgabe ihrer Anwendung (Schmidt 2008).
- 5.06.2008: Insgesamt 185.000 Unterschriften für die Forderungen der Kampagne „Uns Reicht’s!“ werden am 5. Juni 2008 der Gesundheitsministerin überreicht.
- 22.07.2008: Die Bundesregierung legt den Referentenentwurf eines Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vor, der neben anderen Regelungen auch eine 70%ige Finanzierung von bis zu 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst für die Jahre 2009, 2010 und 2011 vorsieht. Nach den Anhörungen des Gesundheitsausschusses wird die Förderquote auf 90 % angehoben. Da das finanzielle Volumen nicht angehoben wird, sinkt die Zahl der aus dem Mitteln des Förderprogramms finanzierbaren Stellen auf 17.000.
- 25.09.2008: In Berlin demonstrieren ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigte unter der zentralen Forderung „Der Deckel muss weg!“ gegen die zunehmende Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen.
- 7.11.2008: Die Bundesregierung bringt den Entwurf des KHRG in den Bundestag ein. Wesentlicher Bestandteil ist die Einführung eines „Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern“ (BT-Drs. 16/10807: 2).
- Mai 2009: Im Mai 2009 fordern die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD), die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) und die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) in einem gemeinsamen Papier unter anderem auch die Einführung von Mindeststandards für Ausstattung und Personaleinsatz in Kinderkliniken (GKinD 2009).
- 04.11.2010: Das Land Bremen bringt in den Bundesrat einen Entschließungsantrag für die „Einführung von Personalbesetzungsstandards in der Krankenhauspflege“ ein (BR-Drs. 708/10; vertagt bis zu einer erneuten Wiederaufnahme der Erörterung).
- 29.11.2012: Der Deutsche Pflegerat spricht sich in seiner Sitzung vom 29.11.2012 für die gesetzliche Vorgabe von Mindestpersonalbesetzungen im Pflegedienst der Krankenhäuser aus.
- 29.11.2012: Ein von der Bremischen Bürgerschaft eingesetzter Untersuchungsausschuss zu den tödlich verlaufenen Infektionsfällen in der Neonatologie des Klinikums Bremen Mitte legt seinen Abschlussbericht vor und fordert die Bürgerschaft auf, sich

auf der Bundesebene dafür einzusetzen, dass „verbindliche Personalstandards in der Krankenhauspflege eingeführt werden, um einen ruinösen Wettbewerb auf Kosten der Beschäftigten und Patienten zu verhindern“ (Parlamentarischer Untersuchungsausschuss "Krankenhauskeime" 2012: 332).

- 16.01.2013: Die Bundestagsfraktion DIE LINKE legt dem Bundestag einen Entschließungsantrag „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ vor (DIE LINKE 2013).
- 14.03.2013: Der Bundestag debattiert über den Antrag der Fraktion DIE LINKE zur Einführung einer „Mindestpersonalbemessung“ im Pflegedienst der Krankenhäuser (BT-Drs. 17/12095).
- 14.04.2013: Der außerordentliche Bundesparteitag der SPD beschließt das Wahlprogramm für die Bundestagswahl 2013, das die Ankündigung enthält, im Falle eines Wahlsiegs, „Personalmindeststandards“ für Krankenhäuser, insbesondere für den Pflegedienst, einzuführen (SPD 2013b: 66).
- 23.04.2013: Die SPD-Bundestagsfraktion legt ein Konzept zur Krankenhausreform und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege vor und spricht sich darin für die „Entwicklung verbindlicher bundeseinheitlicher Mindestpersonalstandards“ aus (SPD-Bundestagsfraktion 2013: 10).
- 03.05.2013: Der Bundesrat beschließt einen Entschließungsantrag zur Reform der Krankenhausfinanzierung in dem er sich unter anderem auch für „Mindeststandards für die Personalausstattung“ ausspricht (Bundesrat 2013: 2).
- 21.05.2013: Die oppositionelle SPD-Fraktion im hessischen Landtag bringt einen Gesetzentwurf ein, der die Vorgabe von „Mindestpersonalzahlen“ für Krankenhäuser vorsieht. Der Gesetzentwurf enthält die Grundzüge eines Systems der staatlichen Durchsetzung solcher Mindeststandards, das als letztes Sanktionsmittel bei Nichteinhaltung der vorgegebenen Personalbesetzungsstandards die Herausnahme des betreffenden Krankenhauses aus dem Krankenhausplan vorsieht (SPD-Landtagsfraktion Hessen 2013a).
- 12.06.2013: Der Bundestagsausschuss für Gesundheit führt eine Expertenanhörung zum Antrag der Fraktion DIE LINKE für eine Mindestpersonalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch.
- 19.07.2013: Die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg fordert den Bundesgesetzgeber auf, eine „Mindestpersonalbemessung für Krankenhäuser vorzugeben und deren Refinanzierung zu gewährleisten“ (LÄK BW 2013).
- August 2013: Die Friedrich-Ebert-Stiftung legt ein Positionspapier zur Zukunft der Krankenhäuser vor, das unter anderem in Anlehnung an das Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion vom 23.04.2013 auch den Vorschlag enthält, „Mindeststandards

für die Pflege im Krankenhaus“ vorzugeben und deren Nichteinhaltung zu sanktionieren (FES 2013: 16).

- 27.11.2013: Die Vorsitzenden von CDU, CSU und SPD unterzeichnen den Koalitionsvertrag für die Bildung einer neuen Bundesregierung, der unter anderem die Ankündigung enthält, dass sich die Koalition für „Personalmindeststandards im Pflegebereich“ einsetzen will (CDU/CSU/SPD 2013: 84).

Treibende Kräfte in der Diskussion über Personalmindeststandards waren und sind vor allem die Gewerkschaft ver.di sowie die Pflegeverbände und deren Dachverband der Deutsche Pflegerat. Die Gewerkschaft ver.di führt unter dem Leitmotiv „Der Druck muss raus“ seit mehreren Jahren eine Kampagne für bessere Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern durch und fordert eine gesetzliche Vorgabe zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser (Stumpfögger 2013; ver.di 2014).³ Parallel zur Kampagne wird auf betrieblicher Ebene versucht, Regelungen über Mindestbesetzungen tarifvertraglich zu vereinbaren. Mitte Dezember 2013 wurde an der Charité Universitätsmedizin Berlin erstmals für die Bundesrepublik eine grundsätzliche Einigung mit der Arbeitgeberseite über die Vereinbarung eines betrieblichen Tarifvertrags zu Mindestbesetzungen, gesundheitsfördernden Maßnahmen und Ausbildungsqualität erzielt (Jäger 2013).

Unter den Parteien wird die Forderung nach einer Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser vor allem von der SPD und der LINKEN vertreten. Nach dem Eintritt der SPD in die große Koalition wurde die Forderung auch zum Programm der neuen Bundesregierung.

4.2 Gegenpositionen und Kritik

Es gibt gegenüber der Forderung nach gesetzlichen Vorgaben zur Personalbesetzung im Krankenhaus allerdings auch deutliche Ablehnung und Kritik im politischen Raum, und zwar vor allem von Seiten der GKV und der DKG. Liest man die entsprechenden Statements von DKG-Vertretern jedoch genauer, so kann es allerdings den Anschein haben, dass die DKG einer Regulierung durchaus zustimmen könnte, sofern eine ausreichende Refinanzierung der Anforderungen gewährleistet wird. Zudem weisen DKG-Vertreter darauf hin, dass die Einführung verbindlicher Vorgaben zur Personalbesetzung in Krankenhäusern die Frage der Vereinbarkeit mit dem DRG-System aufwirft, da die DRG-Kalkulation auf Ist-Kosten aufbaut und die Vorgabe von kostenrelevanten Soll-Normen im Grunde eine Kalkulation von Soll-Kosten erfordern würde. Wegen der besonderen Bedeu-

³ vgl. die Internetseite zur Kampagne: <http://www.der-druck-muss-raus.de>.

tung dieser beiden sehr einflussreichen Akteure der Gesundheitspolitik sollen im Folgenden deren bisher publizierten Positionen zur Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern etwas ausführlicher und anhand wörtlicher Zitate vorgestellt werden.

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes lassen sich vor allem an seiner Stellungnahme zum Antrag der Bundestagsfraktion der LINKEN ablesen. Darin vertrat er die Auffassung, dass nicht von einer generellen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ausgegangen werden könne (GKV-Spitzenverband 2013b: 4). Außerdem gelte grundsätzlich:

„Mehr Personal ist nicht automatisch gleichbedeutend mit einem Mehr an Pflege oder Pflegequalität. Deshalb kann auch eine auf den Personalbestand (und damit der zu verwendenden Mittel) fokussierte Betrachtung nicht die adäquate Lösung für die im Antrag geschilderte Problematik sein“ (GKV-Spitzenverband 2013b: 4)

Zur Diskussion über die Frage, ob eine Änderung der DRG-Kalkulationsmethodik notwendig sei, stellte der GKV-Spitzenverband fest:

„Mit jeder Fallpauschale werden dem Krankenhaus durch die Krankenkassen beträchtliche, kalkulierte Anteile auch für die Pflegeleistung mit überwiesen. Erfolgreiche Kliniken sind in der Lage, mit einer ausgewogenen Personalausstattung in Verbindung mit einer effizienten Arbeitsorganisation und einer zeitgemäßen medizintechnischen Ausstattung qualitativ hochwertige Krankenhausleistungen zu erbringen“ (GKV-Spitzenverband 2013b: 4)

Insgesamt lehnte er eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung mit dem Hinweis ab, dies verstoße gegen die dem DRG-System zugrunde liegende Logik und generell gegen die Regeln öffentlicher Beschaffung:

„Regelhafte Vorschriften über Mindestpersonalbesetzung zu machen wäre nicht nur DRG-systemfremd, sondern auch vollkommen unüblich für den Bereich des öffentlichen Einkaufs. Neben preislichen und qualitativen Erfordernissen an die Dienstleistung oder das Produkt, auch die Art und Weise der Erstellung durch bundesweite Vorgaben zum Faktoreinsatz in einzelnen Funktionsdiensten mit zum Gegenstand der Beschaffung zu machen, geht über das Maß dessen, was Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen oder staatlicher Behörden ist, hinaus. Entscheidend ist und bleibt die zu gegebenem Preis geleistete Qualität der Arbeit“ (GKV-Spitzenverband 2013b: 4)

Verantwortlich für die Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung im Krankenhaus sei nicht der Staat, sondern die jeweilige Krankenhausleitung:

„In einem fallpauschalierenden System wie dem DRG-System ist der Personaleinsatz dem Verantwortungsbereich des Krankenhausmanagements zuzuordnen. Wer anders als das Krankenhausmanagement selbst sollte Verantwortung dafür tragen, eine angemessene Personalausstattung zu gewährleisten? Die Allokation der Ressourcen auf die Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital obliegt der Entscheidung der Geschäftsführung“ (GKV-Spitzenverband 2013b: 4).

Die damalige Position des GKV-Spitzenverbandes lässt sich somit wie folgt zusammenfassen:

- Es besteht kein Handlungsbedarf für die Politik, da es keine generelle Unterbesetzung im Pflegedienst gibt.
- Die in der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen enthaltenen Personalkostenanteile für die Pflege sind ausreichend für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung.
- Die Verantwortung für eine angemessene Personalbesetzung trägt allein die jeweilige Krankenhausleitung.
- Wie viel und welches Personal eingesetzt wird ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes letztlich unerheblich. Entscheidend sei allein die Ergebnisqualität.

Damit vertrat der GKV-Spitzenverband im Kern die Position, der Staat solle sich der Regulierung enthalten und die Entwicklung so weiterlaufen lassen wie bislang. Seine Stellungnahme impliziert, dass er eine staatliche Intervention grundsätzlich ablehnt, unabhängig davon ob die Personalbesetzung in Krankenhäusern bedarfsgerecht oder vollkommen unzureichend ist. Die Vorhaltung einer ausreichenden Personalbesetzung sei allein Angelegenheit und Verantwortung der Krankenhausleitung bzw. des Krankenhausträgers. Der Staat solle sich in deren Gestaltungshoheit nicht mit Vorgaben einmischen.

Im Kern handelt es sich dabei um eine marktliberale, für staatliche Zurückhaltung und Deregulierung eintretende Position. Dies wird auch bereits an der Sprache erkennbar, in der die Stellungnahme verfasst ist. Es wäre jedoch verfehlt, eine solche Grundhaltung dem GKV-Spitzenverband insgesamt unterstellen zu wollen. Dazu fordert er an zu vielen anderen Stellen zum Teil massive staatliche Interventionen, um die Interessen der GKV gegenüber Leistungserbringern des Gesundheitssystems allgemein und der Krankenhäuser im Besonderen durchzusetzen. Allerdings ist für den Bereich der Krankenhausversorgung sehr wohl seit längerem eine deutlich marktaffine Positionierung in zahlreichen Publikationen der für diesen Bereich zuständigen GKV-Führungskräfte zu verzeichnen (vgl. exemplarisch Leber/Malzahn/Wolff 2007; Leber/Wolff 2013).

Insgesamt scheint die Positionierung des GKV-Spitzenverbandes allerdings auch in der Frage einer Regulierung der Personalbesetzung nicht konsistent. So wurde 2013 in der Stellungnahme um Antrag der LINKEN eine staatliche Regulierung abgelehnt, im Abschlussbericht zum Pflege-Förderprogramm aber kritisiert, dass die Regulierung der Kostennachweispflichten der Krankenhäuser nicht weit genug gingen. Auch wurde bemängelt, dass durch die ‚Einpreisung‘ der Mittel des ehemaligen Pflege-Förderprogramms in die Landesbasisfallwerte auch Kliniken in den Genuss der Gelder kommen, die Personal abgebaut haben (GKV-Spitzenverband 2013a).

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lehnte in ihrer Stellungnahme zum Antrag der LINKEN die Vorgabe von Personalbesetzungsstandard ebenfalls ab (DKG 2013). Die Ablehnung wurde vor allem damit begründet, dass eine solche Vorgabe mit dem DRG-System nicht vereinbar sei (DKG 2013: 3):

„Aus Sicht der Krankenhausfinanzierung sind flächendeckende Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung der Krankenhäuser nicht mit dem aktuellen Finanzierungssystem vereinbar. Die Einführung von ‚Sollvorgaben‘ für den Pflegebereich würde dem Sinn und Zweck der leistungsorientierten Fallpauschalen widersprechen und die Zielsetzung der DRG-Systemeinführung konterkarieren.“

„Die Unvereinbarkeit von Vorschriften zur personellen Mindestbesetzung mit der aktuellen Krankenhausfinanzierung betrifft nicht nur die ordnungspolitischen Grundsätze und Ziele, sondern auch die methodische Umsetzung des DRG-Systems. Dabei sind sowohl die Kalkulation der Fallpauschalen als auch die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zu beachten.“

„Das Grundprinzip der Kalkulation der Fallpauschalen besteht in einem Vollkostenansatz auf Ist-Kostenbasis. Somit werden auch die Ist-Kosten der Pflege vollständig erfasst. Das Ergebnis der Kalkulation wird als Bewertungsrelation im DRG-Katalog ausgewiesen. Bei der Entwicklung des Kataloges ist das oberste Ziel, Gruppen mit möglichst ähnlichen Fallkosten (Kostenhomogenität) zu erreichen. Daher können durchaus Patientengruppen mit unterschiedlichem pflegerischen Aufwand in einer Fallpauschale zusammengefasst werden.“

„Eine auf Anhaltszahlen ausgerichtete Finanzierung des pflegerischen Personalbedarfes ist in einem leistungsorientierten Fallpauschalensystem nicht möglich, ohne die Grundsätze und Ziele des gesamten Systems neu zu definieren.“

Diese Kritik wurde Anfang 2014 aus den Reihen der DKG sowie aus der Perspektive der Krankenhausleitungen erneuert und weiter ausdifferenziert (Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014; Jaeger 2014). Jaeger, bei der DKG zuständig für Fragen des DRG-Systems und des Krankenhausfinanzierungsrechts, wies vor allem auf technische Probleme der Umsetzung im Rahmen des DRG-Systems hin. Er erneuerte u.a. den Hinweis darauf, dass DRG-Fallpauschalen medizinisch-pflegerisch inhomogen sind und verwies darauf, dass Kostendaten für einzelne Kostenarten nur für so genannte Normalliegender verfügbar sind. Zudem seien die Personalkosten des einzelnen Krankenhauses insbesondere auch von der Tariflohnentwicklung und vom Umfang des Einsatzes von Leiharbeit oder Zeitarbeit abhängig. Betrachtet man die Stellungnahme der DKG von 2013 und auch den Beitrag von Jaeger genauer, so wird darin die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards keineswegs grundsätzlich abgelehnt, wie dies in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes der Fall ist. Es wird vielmehr auf die Unvereinbarkeit solcher Vorgaben mit dem DRG-System und seiner Kalkulationslogik verwiesen. Dies kann durchaus auch als Hinweis gelesen werden, dass Personalbesetzungsstandards mit dem DRG-System in seiner jetzigen Form unvereinbar sind und insofern – wenn man Personalbesetzungsstandards wolle – von der DRG-

Systematik abgewichen werden müsse. Eine grundsätzliche Unvereinbarkeit mit den Interessen der Krankenhäuser wird nicht festgestellt, sofern deren Refinanzierung gewährleistet wird.

In einer ähnlichen Richtung äußerte sich offenbar auch der Präsident der DKG in seiner Rede auf dem Nationalen DRG-Forum 2014. Das Deutsche Ärzteblatt berichtete darüber:

„Wenn die Bundesregierung den Krankenhäusern feste Personalquoten für die Pflege vorschreiben wolle, so sei das prinzipiell in Ordnung, griff Alfred Dänzer, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), diesen Aspekt später auf: ‚Aber wer feste Personalquoten fordert, der muss die Personalkosten dafür auch finanzieren – und das ist dann der Einstieg in den Ausstieg aus dem pauschalierenden Entgeltsystem im Krankenhausbereich‘“ (Flintrop 2014: A485).

Auch der Hauptgeschäftsführer der DKG argumentierte in seinem Editorial für die Märzausgabe der DKG-Zeitschrift „Das Krankenhaus“ in dieser Richtung (Baum 2014). Da wohl davon ausgegangen werden kann, dass sein Editorial keine ‚unautorisierte Einzelmeinung‘ war, sondern eine mit der Führung der DKG abgestimmte Positionierung, sollen hier zentrale Passagen wörtlich wiedergegeben werden.

Zur Entwicklung der Arbeitsbelastung des Krankenhauspersonals stellte er fest:

„Wenn man die Vollkräfte in den deutschen Krankenhäusern im Jahresdurchschnitt als Bezugsgröße nimmt, kommen auf einen Beschäftigten 22,2 versorgte Patienten. Das ist ein Spitzenplatz im internationalen Vergleich, der unter Qualitätsgesichtspunkten inzwischen eher als Negativmarker klassifiziert wird. Noch höhere Arbeitsproduktivität und damit Arbeitsdichte geht nicht“ (Baum 2014).

Für die weitere Diskussion dürften insbesondere die nachfolgenden Passagen von Interesse sein (Baum 2014):

„Alles, was die Refinanzierungsrate der Krankenhäuser überschreitet, ist unerbittlich wirkender Rationalisierungsdruck und zwingt bei mehr als 60 Prozent Personalkostenquote zwangsläufig zum Personalabbau. Dies aber verträgt sich überhaupt nicht mit dem, was die Politik ‚Qualitätsoffensive‘ nennt, und dem, was auch die Träger der Krankenhäuser für notwendig halten, nämlich mehr qualifiziertes Personal in den Krankenhäusern einzusetzen. Die Krankenhäuser sind bei der Effektivität des Personaleinsatzes an einer absoluten Obergrenze angekommen.“

„Wer mehr Sicherheit für Patienten und konsequente zeitintensive Infektionsbekämpfung will, muss eine bessere Personalausstattung unterstützen.“

„Wenn die Politik die tatsächlichen Personalkosten besser berücksichtigen und die Krankenhäuser verpflichten will, die in den Fallpauschalen enthaltenen Personalkostenanteile in entsprechender Personalvorhaltung nachzuweisen, dann muss sich der Gesetzgeber zu allererst in die Pflicht nehmen lassen, die Refinanzierung des Personalkostenzuwachses regelhaft und damit jährlich und im Jahr der Entstehung in vollem Umfang sicherzustellen.“

Bemerkenswert ist insbesondere, dass er feststellt:

- wer für mehr Patientensicherheit sei, müsse auch für eine bessere Personalausstattung sein

- und die Krankenhausträger seien dafür, mehr qualifiziertes Personal einzusetzen.

Auch die Ausführungen zur Frage der Refinanzierung einer besseren Personalausstattung sind bemerkenswert. Die Forderung nach einer voll umfänglichen Refinanzierung der Personalkostensteigerung „im Jahr der Entstehung“ impliziert eine Abkehr von der DRG-Systematik und im Kern die Forderung nach einer – zumindest teilweisen – Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Dies wird Baum höchstwahrscheinlich jedoch bestreiten, nicht zuletzt, weil sich bislang niemand traut, etwas Derartiges offen und explizit zu fordern. Faktisch wurde in den letzten Jahren jedoch bereits mehrfach vom Gesetzgeber in Teilbereichen oder zeitlich befristet eine solche partielle Rückkehr vollzogen. So beispielsweise bei der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie für Ärzte in Krankenhäusern, der teilweisen Refinanzierung von Tarifierhöhungen und eben auch beim Pflege-Förderprogramm. Wenn in der Vergangenheit zum Selbstkostendeckungsprinzip zurückgekehrt wurde, so muss dies nicht die entsprechenden Gesetzesregelungen oder Forderungen diskreditieren. Offensichtlich bestand politischer Handlungsdruck zur Lösung von Problemen, die innerhalb der DRG-Systemlogik nicht adäquat zu lösen waren.

Bei genauer Betrachtung forderten sogar auch der GKV-Spitzenverband und die Kassenverbände partiell Regelungen, die mit der DRG-Logik unvereinbar sind und faktisch eine Art Ausprägung des Selbstkostendeckungsprinzips sind. Sehr deutlich trat dies beispielsweise beim Pflege-Förderprogramm zutage, indem auf der Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel bestanden wurde, die unzureichende Lieferung von Verwendungsnachweisen der Krankenhäusern kritisiert und eine schärfere Fassung der Vorschriften zu den Kostennachweispflichten der Krankenhäuser gefordert wurde.

Wenn sich die DKG grundsätzlich offen gegenüber verbindlich einzuhaltenden Personalbesetzungsstandards zeigen würde, so stünde dies durchaus im Einklang mit einer jahrzehntelangen Tradition der DKG. Bis zur Einführung der Budgetdeckung Anfang der 1990er Jahre war die DKG eine der treibenden Kräfte für die Einführung und Durchsetzung von Personalbesetzungsstandards im Krankenhausbereich. Ursprünglich sollten auch die Anfang der 1950er Jahre erstmals herausgegebenen Anhaltszahlen als Orientierung für die Berechnung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung dienen. Nach 1974 hat die DKG keine neuen Anhaltszahlen mehr veröffentlicht, da sie bereits in den 1970er Jahren diese Methodik für zu undifferenziert und ungeeignet hielt. Mitte der 1980er Jahre legte sie lediglich eine „Übergangs-Empfehlung“ vor, die nur für die Zeit bis zu einer Neuregelung nach § 19 KHG gelten sollte (Golombek 1986). Diese DKG-Empfehlung war erheblich differenzierter als die vorherigen Anhaltszahlen und versuchte, den Pflegebedarf möglichst differenziert abzubilden. Nach dem Scheitern der Verhandlungen über eine gemeinsame Empfehlung nach § 19 KHG (i.d.F. des KHKG 1981) entwickelte die DKG zudem ein

eigenes genanntes ‚Analytisches Konzept‘, das durchaus auch als wegbereitend für die PPR angesehen werden kann (DKG 1989). Die gegenwärtige Diskussion über die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards könnte Gelegenheit für die DKG sein, an diese Tradition anzuknüpfen und sich im Falle einer entsprechenden politischen Entscheidung konstruktiv an der Entwicklung von Personalbesetzungsstandards zu beteiligen.

Kritik an dem Vorhaben einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst kommt auch aus den Reihen des Krankenhausmanagements. So wiesen Fiori et al. (2014) ebenfalls auf die bereits von der DKG und Jaeger angesprochenen Probleme hin und kritisierten darüber hinaus, dass verbindliche Vorgaben zur Personalbesetzung den Handlungsspielraum der Krankenhausleitungen einengen würden. Aus ihrer Sicht müsse den Geschäftsführungen die „unternehmerische Freiheit gelassen werden, selbst den Einsatz der Ressourcen krankenhausspezifisch festzulegen“ (Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014: 219). Die von der Regierungskoalition geplante Vorgabe von Mindestpersonalbesetzungen wurde von ihnen abgelehnt, denn:

„Würde künftig festgeschrieben, dass eine gewisse – aus Mittelwerten ermittelte – Erlösquote für Personal eingesetzt werden muss, so können leistungsfähige Krankenhäuser, die ihre Prozesse optimiert und Leistungen gesteigert haben, erwirtschaftete Effizienzgewinne nicht mehr frei nutzen (zum Beispiel für investive Entscheidungen oder zur Verbesserung der Infrastruktur). Der Anreiz, das Personal wirtschaftlicher als es der Mittelwert in Deutschland vermeintlich angibt, einzusetzen, würde deutlich reduziert“ (Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014: 217)

Eine solche Argumentation kann insofern nicht überzeugen, als sie einen sehr problematischen Effizienzbegriff impliziert. Der in dem genannten Beitrag hinterlegte Effizienzbegriff fragt in keiner Weise nach der Ergebnisqualität und läuft letztlich darauf hinaus, dass jegliche Form von Personalreduzierung und Personalkosteneinsparungen mit Effizienzsteigerung gleichgesetzt wird. Würde man einen solchen Effizienzbegriff akzeptieren, wäre die höchste Effizienz bei Reduzierung der Personalkosten auf Null erreicht, also in einem Krankenhaus, das ohne jegliches Personal betrieben wird. Einen solchen Effizienzbegriff wird sicherlich niemand ernsthaft vertreten wollen. Auch Fiori et al. werden ihn wohl kaum bewusst hinterlegt haben, denn in ihrem Fazit plädieren sie schließlich doch für die Vorgabe von Mindeststandards der Strukturqualität, die aber nichts anderes sind als eine Einschränkung der unternehmerischen Freiheit des Krankenhausmanagements:

„Soll mehr Zeit und Geld für den Personaleinsatz zur Verfügung stehen, so kann dies über Mindeststandards (Strukturqualität) und einen ernst gemeinten Abbau von nicht zwingend erforderlichen administrativen Aufwänden erzielt werden. Diese Mindeststandards müssen dann jedoch auch in der Finanzierung/DRG-Kalkulation berücksichtigt werden“ (Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014: 219).

Auch aus der Perspektive von Fiori et al. (2014) scheint der zentrale Punkt zu sein, dass die für die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards erforderlichen Mittel im Rahmen des Finanzierungssystems zur Verfügung gestellt werden.

Auf die in den zitierten Beiträgen angesprochenen Probleme der Umsetzung von Personalbesetzungsstandards im Rahmen des DRG-Systems wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen. Soviel aber bereits an dieser Stelle: Die Einhaltung von Personalbesetzungsstandards über Zu- und Abschläge auf DRG-Fallpauschalen erreichen zu wollen, trifft in der Tat auf mehrere ernstzunehmende Probleme, von denen einige in den zitierten Beiträgen zu Recht angesprochen werden.

So erfolgt die Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage von Ist-Kosten und ist vollkommen unabhängig von der Frage, ob die hinter den Ist-Kosten stehende Personalbesetzung ausreichend oder bedarfsgerecht ist. Im Rahmen der DRG-Kalkulation werden die Ist-Kosten für den Pflegedienst auf Normalstation in der Regel mit Hilfe der in den Kalkulationskrankenhäusern erhobenen PPR-Minutenwerte ermittelt. Die Einstufung der Patienten hat jedoch nicht auf Grundlage des Pflegebedarfes, also der notwendigen (Soll-)Leistungen, zu erfolgen, sondern auf Grundlage tatsächlich erbrachter Ist-Leistungen. Ob die in den Kalkulationsdaten dokumentierten Ist-Leistungen dem Pflegebedarf der Patienten entsprechen, ist dabei vollkommen unbekannt und für die Kalkulation auch unerheblich. Ziel der DRG-Kalkulation ist nicht die Erfassung des Pflegebedarfes und daraus abgeleiteter Personalkosten einer bedarfsgerechten Personalbesetzung, sondern die schlichte Abbildung und fallbezogene Zuordnung tatsächlich angefallener Ist-Kosten für definierte Fallgruppen. Die DRG-Fallpauschalen werden folglich auf Grundlage einer Datenbasis kalkuliert, von der unbekannt ist, ob es sich um eine ausreichende, bedarfsgerechte oder unzureichende Personalbesetzung gehandelt hat.

Es soll an dieser Stelle auch noch ein weiteres, in der DKG-Stellungnahme enthaltenes wichtiges Problem kurz aufgegriffen werden. Wie in der DKG-Stellungnahme angesprochen, wird Kostenhomogenität im Rahmen der DRG-Kalkulation nur auf der Ebene der Gesamtfallkosten angestrebt und – nach Auffassung des InEK – auch weitgehend erreicht. Unterhalb der Gesamtkosten eines DRG-Falles, also bspw. für die Personalkosten des Pflegedienstes, kann es somit erhebliche Kostenvarianzen geben. Auf die Bedeutung dieses Sachverhaltes für die gegenwärtige Diskussion wird an späterer Stelle näher eingegangen. Soviel aber bereits an dieser Stelle: Teilkostenansätze wie die der Personalkosten des Pflegedienstes sind allein wegen der in ihnen verborgenen und mit hoher Wahrscheinlichkeit erheblichen Kostenvarianzen weder für Zwecke der innerbetrieblichen Kostensteuerung noch als Maßstab für eine Personalbemessung geeignet.

Zwischenfazit

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass der GKV-Spitzenverband in dem hier zitierten Statement eine staatliche Regulierung mit einer im Kern marktliberalen Argumentation ablehnt. Allerdings erweist sich seine Position bei näherer Betrachtung und in der Gesamtschau als logisch inkonsistent. In der Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern plädiert er für eine Politik der Deregulierung, bei anderen Fragen jedoch für eine stärkere staatliche Regulierung, um Interessen der GKV besser durchsetzen zu können. Letztlich wird für die Position der GKV in der Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung aber vermutlich entscheidend sein, wie die Finanzierung einer verbesserten Personalbesetzung geregelt werden soll.

Die DKG-Position legt bei genauer Betrachtung den Schluss nahe, dass sie eine staatliche Regulierung nicht grundsätzlich ablehnt, sondern ihre Position von der Frage abhängig machen wird, ob die geforderten Personalbesetzungsstandards aus ihrer Sicht ausreichend über die Vergütungen refinanziert werden können.

5 Mögliche Ansatzpunkte für eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern

Für das Vorhaben einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist die durch das Grundgesetz festgelegte Aufteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Ländern von besonderer Bedeutung. Weder der Bund noch die Länder haben eine umfassende und uneingeschränkte Gesetzgebungskompetenz für den Krankenhausbereich. Der Bund ist für bundesrechtliche Regelungen des Krankenhausbereichs zudem – bis auf wenige Ausnahmen – auf die Zustimmung des Bundesrates angewiesen, und die Länder können gesetzgeberisch in diesem Bereich nur tätig werden, sofern die Bundesgesetzgebung dies zulässt (die so genannte ‚konkurrierende Gesetzgebung‘). Zudem haben Bund und Länder in Fragen der Krankenhauspolitik seit Jahrzehnten immer wieder unterschiedliche und zum Teil auch entgegengesetzte Positionen vertreten. Da weder der Bund noch die Länder die vollständige Regelungskompetenz für diesen Bereich haben, ist jeder der zur Verfügung stehenden Wege zugleich auch mit Grenzen und Problemen verbunden. Wegen ihrer besonderen Bedeutung auch für die gegenwärtige Diskussion über eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern soll die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern im Folgenden kurz erläutert werden.

5.1 Zur Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern

Krankenhauspolitik erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland in einem durch die föderale Aufteilung von Gesetzgebungskompetenzen erzeugten Spannungsfeld (Simon 2000). Auch wenn es in der Öffentlichkeit und Medienberichterstattung vielfach anders erscheinen mag: Die zentrale Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung liegt nicht beim Bund, sondern bei den Ländern. Der Bund trägt seit 1949 gemäß Art. 74 Nr. 12 Grundgesetz die Verantwortung für die Sozialversicherung und somit für die gesetzliche Krankenversicherung. Erst durch eine entsprechende Grundgesetzänderung im Jahr 1969 erhielt der Bund durch Einfügung des Art. 74 Nr. 12a Grundgesetz auch eine Gesetzgebungskompetenz für den Krankenhausbereich, allerdings nur für die Krankenhausfinanzierung. Erst danach konnte das erste Bundesgesetz zur Krankenhausfinanzierung vorgelegt und beschlossen werden, das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972.

Mit der Grundgesetzänderung von 1969 und der Verabschiedung des KHG 1972 wurde zugleich auch festgelegt, dass die Regelungsbereiche außerhalb der Krankenhausfinanzierung, und somit vor allem die Krankenhausplanung, in den Kompetenzbereich der Länder fallen. Gesetzgeberische Eingriffe des Bundes in das Recht der Krankenhausfinanzierung bedürfen zudem – weil dadurch die Haushalte oder Regulierungskompetenzen der Länder betroffen werden – in der Regel der Zustimmung des Bundesrates. Da Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts zumeist auch Länderinteressen berühren, waren alle größeren Krankenhausreformen bislang ‚zustimmungspflichtig‘. Dies dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei einer bundesgesetzlichen Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern der Fall sein.

Eine zustimmende Mehrheit im Bundesrat war und ist auch für große Koalitionen keineswegs eine Selbstverständlichkeit, denn für Abstimmungen im Bundesrat gilt in der Regel der Grundsatz: ‚Länderinteressen gehen vor Parteiinteressen‘. Erschwerend kommt für die gegenwärtige große Koalition hinzu, dass sie über keine eigene Mehrheit im Bundesrat verfügt. Nur in vier Bundesländern regiert gegenwärtig eine aus Union und SPD gebildete Regierung und diese vier Länder verfügen zusammen nur über 18 der insgesamt 69 Bundesratssitze (Stand: August 2014). Für die geplante Krankenhausreform braucht die Bundesregierung somit auch die Zustimmung schwarz-gelb oder rot-grün regierter Länder.

Eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern ist jedoch keineswegs nur oder vorrangig als bundesrechtliche Regulierung möglich. Wie erwähnt haben sowohl die Länder als auch der Bund Gesetzgebungskompetenzen, und eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern könnte – so die hier vertretende Auffassung – sowohl durch Bundesrecht als auch durch Landesrecht erfolgen. Aus diesem Grund werden im Folgenden mögliche Ansatzpunkte für eine Regulierung getrennt nach Bundes- und Länderebene vorgestellt. Da die Länder den aus der Verfassung abgeleiteten so genannten ‚Sicherstellungsauftrag‘ für eine ausreichende Krankenhausversorgung zu erfüllen haben und somit die primäre staatliche Verantwortung für die Krankenhausversorgung tragen, beginnt die Darstellung mit den Regulierungskompetenzen der Länder und geht daran anschließend auf die des Bundes ein.

5.2 Regulierung durch Landesrecht

Die Länder sind verantwortlich für die Erfüllung des staatlichen Sicherstellungsauftrages für eine ausreichende und flächendeckende Krankenhausversorgung. Der Sicherstellungsauftrag wird aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes und der Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge für seine Bürger abgeleitet. Um diesen Sicherstellungsauftrag

erfüllen zu können, sind die Länder seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 verpflichtet, Krankenhauspläne für ihr Land aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben. In den jeweiligen Krankenhausplan sind die alle für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Krankenhäuser aufzunehmen.

Für das hier erörterte Thema ist von besonderer Bedeutung, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde vor der Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan die Leistungsfähigkeit der betreffenden Krankenhäuser zu prüfen hat. Aufgenommen werden dürfen nur solche Krankenhäuser, die ausreichend leistungsfähig sind und somit die Gewähr für eine dem Stand des Wissens entsprechende Versorgung bieten (BVerwGE 62, 86; 75, 127).

An diesem Punkt könnte eine landesrechtliche Regulierung der Personalbesetzung von Krankenhäusern ansetzen. Das Land könnte in einem solchen Regulierungsmodell die Erfüllung definierter Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation bestimmter Personalgruppen zur Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan erklären.

Die Aufnahme oder Verweigerung der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt durch einen so genannten Feststellungsbescheid der zuständigen Landesbehörde. Der Bescheid ist ein Verwaltungsakt, gegen den das betroffene Krankenhaus vor dem Verwaltungsgericht klagen kann. Im Falle einer Klage hat die Landesbehörde vor Gericht alle entscheidungsrelevanten Gründe vorzulegen und das Gericht entscheidet über die Rechtmäßigkeit des Bescheides (BVerwGE 62, 86 [102]). Somit müsste auch die Entscheidung, ein Krankenhaus wegen nicht ausreichender Personalbesetzung aus dem Krankenhausplan herauszunehmen oder nicht in den neuen Krankenhausplan aufnehmen, einer gerichtlichen Überprüfung standhalten.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan ist für Krankenhäuser und die Krankenhausversorgung insgesamt von zentraler und überragender Bedeutung. Denn die Aufnahme in den Krankenhausplan ist zugleich die Zulassung des Krankenhauses zur Versorgung aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 109 Abs. 1 SGB V). Bei Hochschulkliniken ist die Aufnahme in das Hochschulverzeichnis des Landes zugleich die Zulassung zur Versorgung von GKV-Versicherten (ebd.). Die Bedeutung dieser Regelungen wird deutlich, wenn man bedenkt, dass ca. 98 % aller Krankenhausbetten in Krankenhäusern stehen, die durch Aufnahme in den Krankenhausplan oder das Hochschulverzeichnis zugelassen sind. Die Länder nehmen somit durch ihre Krankenhausplanung zugleich auch eine zentrale Funktion bei der Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung von GKV-Versicherten wahr. Die Koppelung der Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. das Hochschulverzeichnis mit der Zulassung ist der zentrale Hebel der Länder für die Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages.

Die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäuser unterliegen einer staatlichen Aufsicht, die von der jeweiligen für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde ausgeübt wird, in der Regel ist dies das jeweilige Sozial- oder Gesundheitsministerium bzw. bei Stadtstaaten die entsprechende Senatsbehörde. Anders als der Bund hätten die Länder durch ihre direkte Aufsichtsfunktion gegenüber den Krankenhäusern auch die Möglichkeit, die Einhaltung staatlicher Vorschriften selbst zu überwachen und mittels Sanktionen durchzusetzen. Der Bund übt – mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser – keine unmittelbare Aufsichtsfunktion gegenüber Krankenhäusern aus. Er ist vielmehr für die Aufsicht über die bundesweit organisierten Krankenkassen zuständig.

Auf die Finanzierung der Krankenhäuser haben die Länder allerdings nur indirekt Einfluss, da die Regulierungskompetenz für das Recht der Krankenhausfinanzierung beim Bund liegt. Diese Kompetenzaufteilung birgt eine Reihe schwerwiegender Probleme, die auch für die Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser von Bedeutung sind. Eines der zentralen Probleme ist, dass die Länder zwar Krankenhauspläne aufstellen und Krankenhäuser darin aufnehmen können, diese Kliniken aber dadurch nicht auch zugleich wirtschaftlich gesichert sind. Es kann der Fall eintreten, dass ein Krankenhaus vom Land als leistungsfähig und bedarfsgerecht eingestuft wird, die ihm gezahlten Vergütungen aber nicht kostendeckend sind. Hier soll nicht auf die möglichen Ursachen eingegangen werden – ob nun Unwirtschaftlichkeit des Krankenhauses oder allgemein unzureichende Vergütungen – sondern nur das Problem angesprochen werden.

Für die Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung wird diese Problematik spätestens dann relevant, wenn Krankenhäusern die Vorhaltung einer bestimmten Personalbesetzung bspw. durch die Krankenhausplanung eines Landes abverlangt, aber die dafür erforderliche Vergütung aufgrund der bundesrechtlichen Regelung der Krankenhausfinanzierung nicht gewährt würde. Darauf wird an späterer Stelle ausführlicher einzugehen sein.

5.3 Regulierung durch Bundesrecht

Der Bund trägt gemäß Art. 74 Nr. 12 Grundgesetz die Verantwortung und Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung, in diesem Fall die gesetzliche Krankenversicherung, sowie für das Recht der Krankenhausfinanzierung (Art. 74 Nr. 19a GG). Aus dieser Kompetenzzuweisung ergeben sich für den Bund mehrere Ansatzpunkte für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern.

5.3.1 Regulierung im Rahmen des GKV-Rechts

Das GKV-Recht bietet für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern vor allem zwei Ansatzpunkte:

- die Zulassung von nicht in den Krankenhausplan oder das Hochschulverzeichnis aufgenommenen Krankenhäusern für die Versorgung von GKV-Versicherten und
- die Vorgabe von Mindestanforderungen an die Strukturqualität als Voraussetzung für die Vergütung von Leistungen durch die Krankenkassen.

5.3.1.1 Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung von GKV-Versicherten

Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen (§ 108 Nr. 1 und 2 SGB V). Die Zulassung erfolgt entweder durch die Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. das Hochschulverzeichnis oder – im Falle von Kliniken, die nicht in den Plan oder das Hochschulverzeichnis aufgenommen sind – durch einen Versorgungsvertrag, der gesondert zwischen den Krankenkassen und dem betreffenden Krankenhaus zu schließen ist (§ 108 Nr. 3 SGB V).

Diese Vorschrift könnte insofern einen Ansatz zur Regulierung der Personalbesetzung bieten, wenn für die Zulassung zur Versorgung von GKV-Versicherten im GKV-Recht nicht nur die Aufnahme in den Krankenhausplan oder das Hochschulverzeichnis oder der Abschluss eines gesonderten Versorgungsvertrages, sondern auch weitere Bedingungen festgelegt werden, beispielsweise die Einhaltung bestimmter vorgegebener Personalbesetzungsstandards.

Die Erfüllung solcher weiteren Bedingungen nur von den ‚reinen‘ Vertragskrankenhäusern zu verlangen, würde fast vollständig ins Leere laufen, da nur weniger als 2 % aller Krankenhausbetten in reinen Vertragskrankenhäusern stehen.

Die Erfüllung weiterer Bedingungen durch Bundesrecht von allen zugelassenen Krankenhäusern zu verlangen, birgt erhebliches Konfliktpotenzial zwischen Bund und Ländern. Denn es könnte dazu führen, dass ein relevanter Teil der Krankenhäuser zwar in den Krankenhausplan oder das Hochschulverzeichnis aufgenommen ist aber die vom Bundesrecht gestellten Anforderungen an die Personalbesetzung nicht erfüllt. Dann würde die Bedingung, dass im GKV-Recht festgelegten Personalbesetzungsstandards erfüllt sein müssen, um Kassenpatienten versorgen zu dürfen, den Krankenhausplan ‚aushebeln‘. Die Vorschriften des § 109 Abs. 1 SGB V würden dadurch ins Leere laufen und müssten gegebenenfalls entsprechend geändert werden. Ein solches Vorhaben wäre ein weitreichen-

der Eingriff in die Planungshoheit der Länder und bedürfte sicherlich der Zustimmung des Bundesrates. Ob dafür eine Mehrheit im Bundesrat zu erhalten wäre, erscheint durchaus zweifelhaft, noch dazu vor dem Hintergrund, dass die Regierungskoalition im Bund vermutlich auch nach weiteren Landtagswahlen bis zum Jahr 2015 noch nicht über eine eigene Mehrheit im Bundesrat verfügen wird.

5.3.1.2 Vorgabe von Mindestanforderungen an die Strukturqualität

Dem Bund steht über das GKV-Recht ein weiterer Weg für eine mögliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern offen, der auch bereits seit längerer Zeit – wenn auch nur für einige wenige Arten von Krankenhausbehandlung – genutzt wird. Im Rahmen der Einführung des DRG-Systems wurde 2002 in das SGB V der Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung aufgenommen, Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität von Krankenhausbehandlungen festzulegen, die erfüllt sein müssen, damit diese Leistungen zu Lasten der GKV – also auf Kosten der Krankenkassen – erbracht werden dürfen (§ 137 SGB V).

Dieser Auftrag ging 2004 an den neu gebildeten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über, der allerdings bislang nur wenige Richtlinien zur Umsetzung dieses Auftrages beschlossen hat. Bezogen auf die Anforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes beschränken sich die bislang beschlossenen Richtlinien zumeist auf relativ allgemein gehaltene Vorschriften wie beispielsweise die Vorgabe, dass ein bestimmter Anteil des Pflegepersonals über eine bestimmte spezielle Qualifikation verfügen muss. Dies kann insofern nicht überzeugen, als die betreffenden Richtlinien keine Angaben zur Anzahl des mindestens vorzuhalten Personal machen.

Lediglich die neu gefasste und zum 1.01.2014 in Kraft getretene Neonatologie-Richtlinie geht in diesem Punkt weiter und soll im Folgenden kurz vorgestellt werden, da sie Ansatzpunkte für eine mögliche allgemeine Regulierung der Personalbesetzung von Krankenhäusern bieten könnte.

Das Beispiel der Neonatologie-Richtlinie 2014

Die „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene“ (QFR-RL), in der Fachdiskussion häufig als Neonatologie-Richtlinie bezeichnet, nennt als Ziel der Regulierung die „Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen“ (§ 1 QFR-RL). Um dieses Ziel zu erreichen, sind in der Richtlinie „verbindliche Mindestanforderungen“ an Kliniken definiert, die erfüllt sein müssen, damit eine Klinik die entsprechenden Leistungen zu Lasten der GKV erbringen darf. Es werden vier verschiedene Versorgungstufen unterschieden, von der niedrigsten Anforderungsstufe IV (Geburtsklinik) bis zur höchsten (Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1). Für jede

der vier Stufen gelten jeweils spezifische Anforderungen, die in einer Anlage zur Richtlinie festgehalten sind.

Als Grundsatz gilt, dass Krankenhäuser beim Vorliegen einer Risikoschwangerschaft Patientinnen nur entsprechend der dem Krankenhaus zugewiesenen Versorgungsstufe aufnehmen und versorgen dürfen. Liegt ein höheres Risiko vor als das, für dessen Versorgung die Klinik zugelassen ist, hat die Klinik die Schwangere unverzüglich in eine Klinik zu verlegen, die zur Versorgung dieser Risikoart zugelassen ist.

Die Neonatologie-Richtlinie enthält unter anderem auch Anforderungen an die Personalbesetzung. Deren wichtigste Eckpunkte sind:

- Die Anforderungen müssen „jederzeit“ erfüllt werden.
- Die Erfüllung der Anforderungen ist vom Krankenhaus den Krankenkassen bis zum 30. September des jeweils laufenden Jahres nachzuweisen. Der Nachweis hat mittels eines vorgegebenen Formulars zu erfolgen.
- Die Kliniken der Versorgungsstufen I und II sind verpflichtet, die Daten der Ergebnisqualität ihrer Leistungen in der Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm zu veröffentlichen oder veröffentlichen zu lassen.
- Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Klinik vor Ort zu überprüfen. Die Klinik hat dem MDK auf Verlangen sämtliche dafür notwendige Unterlagen vorzulegen.
- Bei Nichterfüllung einzelner Anforderungen ist die Klinik verpflichtet, die Anforderungen „schnellstmöglich“ wieder zu gewährleisten.
- Dauert die Nichterfüllung länger als drei Monate, hat die Klinik dies dem Verhandlungsführer der Krankenkassenseite unverzüglich anzuzeigen.
- Für die Wiedererfüllung ist eine Frist zu vereinbaren, die im Falle der Nichterfüllung von Anforderungen an die personelle Strukturqualität nicht länger als neun Monate sein darf.

Anlage 2 der Richtlinie enthält detaillierte Vorgaben zur personellen Ausstattung des ärztlichen Dienstes, der entbindungspflegerischen und der pflegerischen Versorgung, sowohl zur Anzahl und Verfügbarkeit als auch zur Qualifikation. Überwiegend sind diese Anforderungen jedoch eher allgemein gehalten, ohne Nennung konkreter Zahlen wie bspw. einer Arzt/Patienten-Relation oder Pflegekraft/Patienten-Relation.

Für die pflegerische Versorgung im neonatologischen Intensivbereich sind allerdings für die Zeit ab dem 1.01.2017 genaue Verhältniszahlen vereinbart worden. So wird beispielsweise in Perinatalzentren des Level 1 ab diesem Zeitpunkt für den Pflegedienst auf Intensivstationen eine Betreuungsrelation von 1:1 gelten. Ab 2017 muss dann für jedes intensivpflegepflichtige Frühgeborene *jederzeit* eine Kranken- oder Kinderkrankenpflegekraft

verfügbar sein. Für Frühgeborene, die eine Intensivüberwachung benötigen, gilt ab dann eine Betreuungsrelation von 1:2, so dass für je zwei Frühgeborene jederzeit mindestens eine Pflegefachkraft verfügbar sein muss. Für die übrigen Pflegebereiche eines Perinatalzentrums Level 1 sind keine genauen Betreuungsrelationen vereinbart worden. Für die Versorgung in diesen Bereichen wird lediglich verlangt, dass qualifizierte Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegekräfte in ausreichender Zahl vorgehalten werden. Eine Definition dessen, was als ‚ausreichend‘ zu gelten hat, findet sich in der Anlage zur Richtlinie nicht.

Auszug aus der QFR-RL 2014

„§ 6 Nachweisverfahren

- (1) Die Einrichtung muss jederzeit die Anforderungen der jeweiligen Versorgungsstufe an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach dieser Richtlinie erfüllen (§ 6 Abs. 1 QFR-RL).
- (2) Im Falle der Nichterfüllung einzelner Anforderungen ist die Einrichtung dazu verpflichtet, diese schnellstmöglich wieder zu erfüllen.
- (3) Sofern die Dauer bis zur Wiedererfüllung voraussichtlich mehr als drei Monate ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Nichterfüllung betragen wird, ist dies gegenüber einem für die entsprechende Einrichtung von dem Vertragspartner der Pflegesatzverhandlung benannten Verhandlungsführer unverzüglich anzuzeigen. Ist ein Verhandlungsführer nicht benannt, tritt der Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung an dessen Stelle.
- (4) Unter Würdigung der konkret nicht erfüllten anzeigepflichtigen Anforderung und in einer Gesamtschau der Vertragspartner auf die Auswirkungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist eine Frist bis zur Wiedererfüllung zwischen den Vertragspartnern nach Absatz 3 zu vereinbaren. Für die Wiedererfüllung der Anforderungen an die personelle Strukturqualität ist eine Frist von maximal neun Monaten zulässig. Die Wiedererfüllung ist dem Verhandlungsführer nach Absatz 3 anzuzeigen.
- (5) Das Erfüllen der Anforderungen einschließlich der ggf. zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen nach Absatz 3 ist vom Krankenhausträger gegenüber dem Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung in Form der Checkliste gemäß Anlage 3 bis zum 30. September des jeweils laufenden Jahres nachzuweisen.
- (6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in den Checklisten gemäß Anlage 3 beurteilen zu können, sind im Falle einer Prüfung dem MDK vor Ort auf Verlangen vorzulegen.“

Die Neonatologie-Richtlinie geht mit ihren Anforderungen, insbesondere an die personelle Ausstattung aber auch bei der Einrichtung eines Systems der Überwachung der Einhal-

tung der Anforderungen, über die bisherigen Qualitätssicherungs-Richtlinien oder Vereinbarungen des G-BA für den Krankenhausbereich hinaus.⁴

Von besonderer Bedeutung für die Regulierung der Personalbesetzung ist die Vorgabe, dass die Anforderungen ‚jederzeit‘ erfüllt werden müssen. Darin unterscheidet sich die Richtlinie in einem zentralen Punkt beispielsweise von den bisherigen Verfahren der Personalbedarfsermittlung, seien es die früheren Anhaltszahlen, die PPR oder auch die PsychPV. Mit einer traditionellen Methode der Personalbedarfsermittlung wird der Arbeitszeitbedarf einer Organisationseinheit für einen bestimmten Zeitraum errechnet, in der Regel pro Woche oder pro Jahr. Die insgesamt erforderliche Arbeitszeit wird durch die durchschnittliche Netto-Arbeitszeit einer Vollkraft dividiert, um so die zur Deckung des Arbeitszeitbedarfs erforderliche Zahl an Vollzeitstellen zu bestimmen. Das so ermittelte Gesamtvolumen an Arbeitszeit und Arbeitskräften ist dann mit Hilfe von Dienstplänen auf die verschiedenen Dienstzeiten bzw. Arbeitsschichten aufzuteilen.

Betreuungsrelation in der Art der Neonatologie-Richtlinie folgen einer anderen Logik und dürfen nicht mit den herkömmlichen Anhaltszahlen oder Kennzahlen einer anderen Methode der Personalbedarfsermittlung gleichgesetzt werden. Betreuungsrelationen geben die zu einem gegebenen Zeitpunkt tatsächlich vorhandene Personalbesetzung an, ausgedrückt in der Zahl der von einer Pflegekraft zu diesem Zeitpunkt maximal zu betreuenden Patienten. Und wenn als Zeitpunkt ‚jederzeit‘ bestimmt wird, dann ist die vorgegebene Betreuungsrelation an jedem Tag in jeder Schicht sicherzustellen. Ist dieser Endpunkt der Personalplanung gesetzt, muss von ihm ausgehend errechnet werden, wie viele Vollkräfte – unter Berücksichtigung einer bestimmten Ausfallquote – erforderlich sind, um die festgesetzte tatsächliche Personalbesetzung an jedem Tag in jeder Schicht sicherstellen zu können.

Die Neonatologie-Richtlinie folgt einem Regulierungsansatz, wie er beispielsweise seit ca. 10 Jahren im US-Bundesstaat Kalifornien mit der gesetzlichen Vorgabe so genannter Nurse-to-Patient Ratios verfolgt wird (CDHS 2004). Für einen solchen Regulierungsansatz kann in Anspruch genommen werden, dass er weit eher als die Vorgabe einer im Jahres-, Monats- oder Wochendurchschnitt einzuhaltenden Personalbesetzung geeignet ist, die Patientensicherheit zu gewährleisten. Denn was hilft es einem Patienten, wenn die Personalbesetzung im Jahresdurchschnitt zwar ausreichend ist, in der Schicht, in der er eine

⁴ So schreibt beispielweise die 2013 neu gefasste G-BA Richtlinie zur Versorgung von Patienten mit Bauchortenaneurysma (QBAA-RL) für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Intensivstation lediglich vor, dass er aus dreijährig ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern bestehen muss, von denen mindestens 50% eine Fachweiterbildung im Bereich Intensiv und Anästhesie absolviert haben müssen (§ 4 Abs. 3 QBAA-RL 2013). Eine Vorgabe von Pflegekraft/Patienten-Relationen, wie sie die Neonatologie-Richtlinie ab 2017 vorschreibt, findet sich dort nicht.

lebensbedrohliche Komplikation erleidet, aber eine eklatante Unterbesetzung herrscht, seine Komplikation darum zu spät erkannt wird und er aufgrund dessen dauerhafte Schäden davonträgt oder sogar verstirbt.

Zur Frage der Übertragbarkeit auf eine allgemeine Regulierung der Personalbesetzung

Sollte eine generelle Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auf Bundesebene angestrebt werden, könnte der Zugang über den § 137 SGB V und die Richtlinien des G-BA als eine sinnvolle und zielführende Option erscheinen. Dabei ist allerdings ein Problem zu bedenken. Wenn der G-BA in einer Richtlinie festlegt, dass Krankenhäuser bestimmte Leistungen zu Lasten der GKV nur dann erbringen dürfen, sofern sie die in der Richtlinie festgelegten Anforderungen erfüllen, tangiert dies die Planungshoheit der Länder. Ist ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen, ist es damit zur Erbringung der Leistungen dieser Fachabteilung berechtigt und zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassen. Legt nun der G-BA für eine Leistung des betreffenden Fachgebietes Anforderungen fest, die die betreffende Klinik nicht erfüllt, ist diese Klinik zwar durch den Krankenhausplan zur Erbringung dieser Leistungen berechtigt und auch verpflichtet,⁵ die Kassen sind aber berechtigt und verpflichtet, ihm wegen Nichterfüllung der Anforderungen die entsprechende Vergütung zu verweigern.

Das System der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA ist somit faktisch eine Art zweites Zulassungssystem für Krankenhäuser, das neben und gegebenenfalls auch konträr zum System der Zulassung durch die staatliche Krankenhausplanung der Länder arbeitet. Diese beiden nebeneinander laufenden Systeme können dazu führen, dass eine Klinik laut Krankenhausplan zwar zur Versorgung zugelassen ist, für bestimmte Leistungen jedoch keinen Vergütungsanspruch hat. Da das Krankenhaus ohne Vergütung seiner Leistungen nicht wirtschaftlich existieren kann, verfügt das bundesrechtliche Regulierungssystem letztlich über den wirksameren Hebel zur Durchsetzung seiner Ziele. Die Zulassung durch den Krankenhausplan wird dann zur Makulatur, die Krankenhausplanung läuft ins Leere. Wenn dieses Nebeneinander bei der Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinien bislang keine größeren Konflikte hervorgerufen hat, so dürfte es vor allem darauf zurückzuführen sein, dass die Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA gegenwärtig nur wenige und zumeist relativ kleine Versorgungsbereiche erfassen, wie die Versorgung von Frühgeborenen, die Kinderherzchirurgie, die Kinderonkologie und die Versorgung von Patienten mit Bauchaortenaneurysma.

⁵ Mit der Aufnahmen in den Krankenhausplan übernimmt ein Krankenhaus zugleich einen so genannten ‚Versorgungsauftrag‘ und damit verbunden die Pflicht zur Versorgung von Patienten im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit.

Würde der G-BA aber beauftragt, für die gesamte Krankenhausversorgung in einer Richtlinie Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals auf Normal- und Intensivstationen festzulegen, beträfe dies die Krankenhausplanung der Länder in einem unvergleichlich größeren Maße. Eine solche Richtlinie beträfe alle Krankenhäuser in Deutschland und hätte unter Umständen das Potenzial, die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung in weiten Bereichen in Frage zu stellen. Würde beispielsweise für Normalstation die Vorhaltung einer auf Grundlage der PPR (Soll-Leistungen) errechneten Besetzung gefordert, müsste damit gerechnet werden, dass ein erheblicher Teil der Krankenhäuser insgesamt oder in einzelnen Abteilungen diese Anforderungen nicht erfüllt und somit keine Leistungen mehr zu Lasten der GKV erbringen dürfte.

Und die Beauftragung des G-BA mit der Erarbeitung und Verabschiedung einer allgemein verbindlichen Richtlinie zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser würde noch weitere Fragen und Probleme aufwerfen. Eine Frage, die dann neue Brisanz erhaltende würde, ist sicherlich die Frage nach der demokratischen Legitimierung des G-BA. Der G-BA, auch als ‚kleiner Gesetzgeber‘ bezeichnet, trifft Entscheidungen von weit reichender Bedeutung und Auswirkung, sowohl für die GKV-Versicherten als auch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. In seinem Entscheidungsgremium sitzen sich zwei ‚Bänke‘ mit gleicher Stimmenzahl gegenüber, die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und die Vertreter der Leistungserbringer. Während die ‚Bank‘ der GKV in Anspruch nehmen kann, alle Krankenkassen zu vertreten, kann die ‚Bank‘ der Leistungserbringer einen solchen Anspruch nicht erheben. Sie ist nur mit Vertretern der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft besetzt. Die übrigen Leistungserbringer haben nur die Möglichkeit, ihre Belange und Interessen in den verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des G-BA einzubringen, allerdings nur im Rahmen von Beratungen und in Form von Stellungnahmen. Stimmrecht besitzen sie ebenso wenig wie die Patientenvertreter.

Damit der G-BA entscheidungsfähig ist, gehören dem Entscheidungsgremium ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder an. Ihre Stimmen geben den Ausschlag, wenn die beiden ‚Bänke‘ geschlossen gegeneinander stimmen. Da den unparteiischen Mitgliedern ein erheblicher Einfluss auf die Entscheidungen des G-BA zukommt, wurden im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes die Anforderungen an ihre Berufung deutlich verschärft. So müssen die Berufungsvorschläge dem Gesundheitsausschuss des Bundestages vorgelegt werden und kann dieser einer Berufung widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit einer vorgeschlagenen Person nicht gewährleistet sieht (§ 91 Abs. 2 SGB V). Offenbar sehen auch relevante Teile der

Gesundheitspolitik die Verlagerung wichtiger gesundheitspolitischer Entscheidungen auf ein solches Gremium durchaus kritisch.

Eine Beauftragung des G-BA mit einer oder mehrerer Richtlinien zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erscheint auch vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse des G-BA zu diesem Regelungsbereich sehr problematisch und nicht empfehlenswert. In den mehr als 12 Jahren seit Erteilung des Auftrags, Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität von Krankenhausbehandlungen festzulegen, wurde nur eine überschaubar kleine Zahl an Richtlinien für zudem nur sehr wenige Teilbereiche der Krankenhausversorgung erlassen. Offensichtlich sind die Interessengegensätze zwischen den ‚Bänken‘ so groß, dass es ausgesprochen schwierig und langwierig ist, sich auf umfassendere Regelungen zu einigen. Abgesehen von der Regulierung der Personalbesetzung für neonatologische Intensivstationen ab 2017, können die bisher beschlossenen Richtlinien zudem auch fachlich in keiner Weise befriedigen. Sie sind viel zu vage und allgemein gehalten und bleiben damit weit hinter den Erfordernissen und dem Stand des Wissens über angemessene Verfahren der Personalbedarfsermittlung und Personalbemessung zurück.

Eine Beauftragung des G-BA mit der Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erscheint darum wenig zielführend. Sich dennoch für einen solchen Weg zu entscheiden, hieße mit hoher Wahrscheinlichkeit, sich für langwierige und womöglich letztlich erfolglose Verhandlungen zwischen GKV und DKG zu entscheiden. Nicht nur, dass die Interessen zwischen GKV und DKG in dieser Frage weit auseinander liegen, es wäre auch eine Beauftragung zweier Akteure, die beide 2013 – wie oben erläutert – explizit ihre Ablehnung einer Regulierung der Personalbesetzung erklärt haben. Welchen Sinn kann es machen, gerade diese beiden Spitzenverbände mit der Erarbeitung einer solchen Regulierung zu beauftragen?

Sicher könnte darauf gesetzt werden, dass letztlich die Stimmen der unparteiischen Mitglieder den Ausschlag geben. Diese können aber nur dann ihre Stimme zur Geltung bringen, wenn dem Entscheidungsgremium beschlussfähige Richtlinien vorliegen. Die angesprochenen zu erwartenden Probleme würden sich aber bereits auf die Phase der Erarbeitung solcher Richtlinien in Unterausschüssen auswirken und dürften bereits in dieser Phase die Erarbeitung sachgerechter Lösungen erschweren, wenn nicht sogar blockieren. Wenn eine staatliche Regulierung für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Bundesrecht erfolgen sollte, so wäre es vielmehr empfehlenswert, diese durch interessenunabhängigen Expertengruppen vorbereiten, durch Fachbeamte formulieren und als Verordnung oder Gesetz des Bundes in Kraft treten zu lassen, wie dies bereits bei der Pflege-Personalregelung und Psychiatrie-Personalverordnung erfolgreich praktiziert wurde.

Dem Bund stünde aber höchst wahrscheinlich noch eine weitere Option für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern zur Verfügung. Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität wurden bislang nicht nur durch Richtlinien des G-BA vorgegeben, sondern auch als Bestandteil des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), wenngleich bisher nur in wenigen Bereichen des OPS. In einem Teil der OPS-Kodes sind genannte „Mindestmerkmale“ definiert, darunter auch Vorgaben zur Personalbesetzung. Die Bedeutung dieser Vorgaben liegt darin, dass Krankenhäuser die betreffenden Leistungen nur dann mit dem entsprechenden OPS-Kode verschlüsseln dürfen, wenn sie die darin geforderten Mindestmerkmale erfüllen. Die OPS-Kodes wiederum sind Grundlage der Kodierung von DRG-Fallpauschalen. Darf ein bestimmter OPS-Kode nicht verschlüsselt werden, können auch die darauf aufbauenden Fallpauschalen nicht abgerechnet werden. Auf diese Regulierungsoption wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen, da sie eventuell die Möglichkeit einer Regulierung auf Bundesebene eröffnet, ohne das Risiko einer Blockierung durch Teile der gemeinsamen Selbstverwaltung einzugehen. Der OPS wird vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jährlich überarbeitet, und das DIMDI ist ein dem Bundesministerium für Gesundheit direkt unterstelltes Bundesinstitut.

5.3.2 Regulierung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsrechts

Für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern stünde grundsätzlich auch der Weg einer Regulierung im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsrechts zur Verfügung. Als zentraler Hebel zur Durchsetzung vorgegebener Personalbesetzungsstandards könnte dienen, dass Kliniken, die eine bestimmte Personalbesetzung nicht vorhalten, die Vergütung erbrachter Leistungen vollständig verweigert oder die Rechnung um einen bestimmten Betrag gekürzt wird. Begründet werden könnte dies damit, dass das betreffende Krankenhaus eine definierte Leistung nicht oder nicht vollständig erbracht hat. Grundlage eines solchen Regulierungsansatzes wäre die Vorstellung, dass zur Leistung ‚Krankenhausbehandlung‘ nicht nur eine bestimmte Ergebnisqualität gehört, sondern auch eine bestimmte Strukturqualität, in diesem Fall die Vorhaltung einer bestimmten Personalbesetzung. Eine solche Begründung würde allerdings voraussetzen, dass es festgelegte und verbindlich einzuhaltende Personalbesetzungsstandards gibt.

Diese Option wird anscheinend gegenwärtig von weiten Teilen der Gesundheitspolitik und auch von Seiten der GKV präferiert. Im Zentrum der gegenwärtigen Diskussion steht die Vorstellung, im Falle der Nichteinhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards Abschläge auf Fallpauschalen vorzunehmen. Wegen der besonderen Bedeutung dieses

Vorschlag wird darauf an späterer Stelle ausführlicher eingegangen. An dieser Stelle soll aber bereits darauf hingewiesen werden, dass die an späterer Stelle folgende Analyse zu der Einschätzung führt, dass ein solches Regulierungsmodell mit schwerwiegenden, letztlich sachlich nicht überzeugend lösbaren Problemen konfrontiert ist. Einige dieser Probleme wurden bereits bei der Diskussion des DKG-Statements erwähnt.

6 Bisher vorgelegte Überlegungen und Vorschläge für eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser

Nachdem zunächst mögliche Ansatzpunkte für eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern vorgestellt und diskutiert wurden, sollen nun die bisher in die politische Diskussion eingebrachten Vorschläge für eine solche Regulierung vorgestellt werden. Die Darstellung erfolgt chronologisch und ist beschränkt auf die für die gegenwärtige Diskussion wichtigsten und einflussreichsten Vorschläge.

Die Darstellung wird an mehreren Stellen mit kritischen Anmerkungen zu einzelnen Elementen der bisherigen Vorschläge verbunden. Diese sollen aber nicht den Wert der bisherigen Initiativen schmälern, sondern lediglich auf Fragen hinweisen, die bei einer weiterführenden Diskussion zu klären wären. Es wäre sicherlich nicht angemessen, die bisherigen Formulierungen ‚auf die Goldwaage‘ zu legen. Sie sollten vielmehr als Teil eines diskursiven Suchprozesses begriffen werden, der erst nach und nach zu den notwendigen Klärungen führen kann.

Insgesamt erscheint es wichtig, darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem Vorhaben einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Krankenhaus um ‚politisches Neuland‘ handelt und sich die Diskussion bislang noch in einem sehr frühen Stadium befindet. In der Geschichte der Bundesrepublik gab es für die Personalbesetzung der Krankenhäuser bislang noch keine verbindlichen Vorgaben. Insofern stellen sich viele Fragen das erste Mal und sind noch viele Unklarheiten und Unsicherheiten zu erwarten. Gegenwärtig dürfte es auf viele der offenen Fragen noch keine befriedigende und umfassende Antwort geben und die Diskussion sollte offen für die verschiedensten Überlegungen und Lösungsvorschläge sein.

6.1 Entschließungsantrag des Landes Bremen vom 4.11.2010 und Bundesratsentschließung vom 3.05.2013

Eine der ersten politischen Initiativen für eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ging von der für den Gesundheitsbereich zuständigen Senatshörde des Landes Bremen aus. Anfang November 2010 brachte das Land Bremen einen Entschließungsantrag für die „Einführung von Personalbesetzungsstandards in der Krankenhauspflege“ (BR-Drs. 708/10) in den Bundesrat ein. Der Antrag wurde in die Bundsratsausschüsse verwiesen und bis zu einer weiteren Beratung vertagt.

Eine solche Beratung ist bislang nicht erfolgt. Der Antrag enthält bereits einige der zentralen Punkte, die sich auch in späteren Positionierungen anderer Akteure finden lassen.

Der Entschließungsantrag geht aus von der Einschätzung,

dass „es der Bundesregierung mit der bisherigen Gesetzgebung zur Einführung von Diagnosis Related Groups -DRG- gelungen ist, die Transparenz des medizinischen Leistungsgeschehens von Krankenhäusern und ihrer wirtschaftlichen Erbringung zu erhöhen und dabei auch den erforderlichen Pflegebedarf bei der Kalkulation der DRG zu erfassen“ (...)

dass sich aber dennoch durch die Einführung der DRG-Fallpauschalen „Risiken in einzelnen Krankenhäusern für die Pflegequalität durch unsachgemäße Personaleinsparungen erhöhen können“ (ebd.: 1).

Der Antrag geht somit von der Grundannahme aus, dass es mit der bisherigen Kalkulation der DRG-Fallpauschalen gelingt, den Pflegebedarf angemessen zu erfassen. Diese Annahme wird in der Bundespolitik – und vermutlich auch bei den Antragstellern – mittlerweile aber eher skeptisch gesehen. Problematische Entwicklungen werden in dem Antrag zudem nur in einzelnen Krankenhäusern vermutet, und zwar solchen, die „unsachgemäße Personaleinsparungen“ vorgenommen haben und dadurch das Risiko einer Verschlechterung der Pflegequalität erhöhen. Auch diese Annahme entspricht nicht mehr dem Stand der Diskussion unter den Befürwortern einer staatlichen Intervention. Es herrscht mittlerweile eher die Einschätzung vor, dass durch Personalabbau in einem erheblichen Teil der Krankenhäuser eine Verschlechterung der pflegerischen Versorgung zu verzeichnen ist. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass auch die damaligen Antragsteller dies mittlerweile ähnlich sehen.

Angesichts des Stellenabbaus wird es für erforderlich gehalten,

„nicht nur wie bisher den Pflegebedarf bei der Kalkulation der DRG angemessen zu erfassen, sondern zukünftig auch dafür Sorge zu tragen, dass der dabei zugrundeliegende Personalstandard in allen Plankrankenhäusern umgesetzt werden kann und vergleichbare Wettbewerbsbedingungen geschaffen werden“ (BR-Drs. 708/10: 1).

Mit dem Antrag werden somit staatliche Interventionen gefordert, die dafür sorgen, dass der bei der Kalkulation zugrunde gelegte Personalstandard in allen Plankrankenhäusern umgesetzt werden kann. Bemerkenswert ist hieran, dass ein vorgegebener Personalstandard danach nicht eingehalten werden *muss*, sondern nur dass er eingehalten werden *kann*. Dies ist in der Argumentationslogik des Antrags sicher so zu deuten, dass eine ausreichende Berücksichtigung der Personalkosten im Pflegedienst eine zentrale Voraussetzung dafür ist, Krankenhäusern die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards abzuverlangen. Anders formuliert: Ohne die Gewährleistung einer ausreichenden Finanzierung im Rahmen des DRG-Systems kann und darf der Staat die Einhaltung ent-

sprechender Anforderungen an die Personalbesetzung nicht durch Sanktionen, wie beispielsweise die Vorgabe von Vergütungsabschlägen, erzwingen. Offen bleibt in dem Antrag allerdings, ob die gegebenenfalls erforderliche Erhöhung des Kalkulationsanteils in DRG-Fallpauschalen für die Personalkosten des Pflegedienstes durch zusätzlich von den Krankenkassen bereit gestellte Mittel erfolgen soll oder durch eine Umverteilung innerhalb des DRG-Systems, also durch Kürzungen von Kalkulationsanteilen anderer Kostenarten.

Um die Einhaltung einer ausreichenden Personalbesetzung zu erreichen, wird eine gesetzliche Regelung gefordert,

„nach der die DRG-Erlöse der Krankenhäuser in voller Höhe nur dann realisiert werden können, wenn eine an Qualitätsstandards wie z. B. an der Pflegepersonalregelung orientierte Personalbesetzung in den Entgeltverhandlungen der Selbstverwaltung nachgewiesen werden kann“ (BR-Drs. 708/10: 1).

Als Ansatz zur Zielerreichung wird somit vorgeschlagen, die Zahlung der vollen DRG-Fallpauschalen an die Bedingung knüpfen, dass Qualitätsstandards wie eine an der Pflegepersonalregelung orientierte Personalbesetzung nachgewiesen werden. Ein solcher Ansatz findet sich auch in nachfolgenden Diskussionsbeiträgen und Regulierungsvorschlägen und nimmt gegenwärtig eine zentrale Stellung in der Diskussion ein.

In der Begründung des Antrags wird darüber hinaus ausgeführt, dass als Qualitätsstandard für den Einsatz von Pflegepersonal eine weiter entwickelte Pflegepersonalregelung eingesetzt werden könne und der Nachweis der Einhaltung einer an vorgegebenen Standards orientierten Personalbesetzung – offenbar in Anlehnung an das Pflegeförderprogramm – durch Testat eines Wirtschaftsprüfers erfolgen könnte. Würden die Anforderungen nicht erfüllt, sollte die entsprechende gesetzliche Regelung Abzüge bei den Krankenhausvergütungen vorsehen. Ein solches Regelungsmodell erinnert stark an die Systematik des 2009 beschlossenen Pflege-Förderprogramms.

Wie erwähnt, wurde der Antrag des Landes Bremen vertagt und bislang nicht wieder aufgerufen (Stand: August 2014). Das Thema wurde aber dennoch vom Bundesratsplenum zwischenzeitlich aufgegriffen, und zwar als Teil einer an die Bundesregierung gerichteten und am 3.05.2013 verabschiedeten Entschließung zur Krankenhausfinanzierung. Darin sprach sich der Bundesrat dafür aus, die Vorgabe von „Mindeststandards für die Personalausstattung“ in Erwägung zu ziehen (BR-Drs. 295/13/Beschluss).

6.2 Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE

Am 16.01.2013 brachte die Fraktion DIE LINKE einen Entschließungsantrag in den Deutschen Bundestag ein, in dem von der Bundesregierung die Entwicklung und Vorgabe von „Mindeststandards“ für die Personalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser gefordert wird (DIE LINKE 2013).

In dem Antrag wurde auf eine in den letzten Jahren zu verzeichnende „enorme Arbeitsverdichtung“ (DIE LINKE 2013: 1) hingewiesen und dass Pflegekräfte aus Krankenhäusern „über teils unhaltbare Zustände auf den Stationen“ berichten würden (ebd.).

Gefordert wurde die gesetzliche Vorgabe von „Mindestregelungen zur Personalbemessung“ (ebd.: 2). Die damit verbundenen Mehrkosten müssten den Krankenhäusern erstattet werden, dabei sei es aber notwendig, „darauf zu achten, dass die Krankenhäuser entsprechend ihrem gesamten Pflegebedarf Berücksichtigung finden“ (ebd.).

Im Unterschied zum Antrag des Landes Bremen spricht sich die Fraktion der LINKEN eindeutig für die Bereitstellung zusätzlicher Mittel zur Deckung der Mehrkosten einer verbesserten Personalbesetzung im Pflegedienst aus. Der Hinweis, dass die Verteilung unter Berücksichtigung des Pflegebedarfs des einzelnen Krankenhauses erfolgen sollte, ist vermutlich ein impliziter Verweis auf ein Problem des Pflegeförderprogramms, dessen Mittel unabhängig vom Pflegebedarf und somit auch Personalbedarf des einzelnen Krankenhauses verteilt wurden.

Unter Beteiligung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite, der Spitzenverbände im Krankenhausbereich sowie von Patientenvertretern solle die Bundesregierung eine Regelung entwickeln, durch die „Mindeststandards bei der Personalbemessung“ geschaffen werden (ebd.). Bei Nichterfüllung einer vorgegebenen „Mindestpersonalbemessung“ sollten „Abschläge bei der Vergütung“ erfolgen und die Nichterfüllung in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden (ebd.).

Auch der Vorschlag der Fraktion der LINKEN sieht somit als zentralen Hebel zur Durchsetzung von Personalbesetzungsstandards eine Kürzung der jeweiligen Krankenhausvergütungen vor.

Der Antrag wurde von der SPD und den Grünen unterstützt, in der dritten Lesung am 27.06.2013 aber mit der Mehrheit der damaligen Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP abgelehnt (BT-PIPr 17/250: 32243D-32249D).

6.3 Bundestagswahlprogramm der SPD

Bereits vor mehreren Jahren hatte in der SPD eine Diskussion über die Forderung nach staatlichen Vorgaben zur Personalbesetzung in Krankenhäusern eingesetzt. Eine wesentli-

che Rolle spielten dabei offenbar die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) und Gesundheitspolitiker der hessischen SPD, deren Landtagsfraktion im Mai 2013 als Oppositionsfraktion einen Gesetzentwurf in den hessischen Landtag einbrachte, der die Vorgabe landesweit geltender Personalbesetzungsstandards vorsah. Darauf wird an späterer Stelle näher eingegangen.

Innerhalb der SPD führte die Diskussion schließlich dazu, dass die Einführung von Personalmindeststandards für Krankenhäuser auf einem außerordentlichen Parteitag am 14.04.2013 als Teil des SPD-Wahlprogramms 2013 beschlossen wurde (SPD 2013a: 76f.) und sich kurz darauf die SPD-Bundestagsfraktion in einem Positionspapier für die Einführung bundesweit geltender „Mindestpersonalstandards“ aussprach (SPD-Bundestagsfraktion 2013: 10).

In das Wahlprogramm der SPD für die Bundestagswahlen 2013 wurde folgende Passage aufgenommen:

„In einem gerechten Finanzierungssystem müssen die Personalkosten ausreichend berücksichtigt werden, damit die Krankenhäuser nicht auf ungerechtfertigte Mengenausweitungen ausweichen. Deshalb werden wir uns für Personalmindeststandards in Krankenhäusern einsetzen“ (SPD 2013a: 76f.)

Die zitierte Passage baut offenbar auf der Annahme auf, dass im gegenwärtigen DRG-System die Personalkosten nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies ergibt sich auch daraus, dass an anderer Stelle des Programms davon ausgegangen wird, dass die zu verzeichnende Mengenausweitung medizinisch nicht ausreichend zu erklären und offenbar ökonomisch motiviert sei. Der in der Verwendung des Wortes „deshalb“ enthaltene Rückbezug auf vorhergehende Aussagen erschließt sich nicht unbedingt auf den ersten Blick. Vor dem Hintergrund der bisherigen Diskussion über das Thema kann aber wohl davon ausgegangen werden, dass dem die Einschätzung zugrunde liegt, die gegenwärtige Finanzierung der Personalkosten – insbesondere im Pflegedienst – sei unzureichend, was die Krankenhäuser zu Mengenausweitungen veranlasse. Um dem ökonomischen Druck zur Mengenausweitung zu begegnen, sei die Vorgabe von Personalmindeststandards ein sinnvoller Weg.

6.4 Reformkonzept der SPD-Bundestagsfraktion

Am 23.04.2013 legte die SPD-Bundestagsfraktion ein „Konzept zur Krankenhausreform und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege“ vor. Darin forderte sie

„die Entwicklung verbindlicher bundeseinheitlicher Mindestpersonalstandards, um möglichen Anreizen zu einem Personalabbau entgegenzuwirken und Maßstäbe für eine angemessene Personalausstattung – insbesondere in der Pflege – festzulegen. Dazu ist eine ständige Kommission, bestehend

aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Gewerkschaften und der Pflegeverbände einzurichten. Aufgabe der ständigen Kommission ist es, unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Versorgungsrealität bundeseinheitliche Mindestpersonalstandards zu ermitteln und verbindlich zu vereinbaren. Die ständige Kommission hat sich dabei auch über mögliche regionale Besonderheiten zu verständigen“ (SPD-Bundestagsfraktion 2013: 10).

„Krankenhäuser mit Vergütungsabschlägen zu sanktionieren, wenn sie ohne eine regionale Besonderheit die vereinbarten bundeseinheitlichen Mindestpersonalstandards unterschreiten“ (ebd.).

Aus der Passage lassen sich die folgenden Kernaussagen herausfiltern:

- Es sollten verbindliche bundeseinheitliche Mindestpersonalstandards entwickelt werden, insbesondere für das Pflegepersonal – also auch für andere Berufsgruppen.
- Diese Mindestpersonalstandards sollten als Maßstäbe für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung dienen.
- Die Entwicklung solle durch eine „ständige Kommission“ erfolgen, der Vertreter der DKG, des GKV-Spitzenverbandes, der Gewerkschaften und der Pflegeverbände angehören.
- Die von der Kommission vereinbarten Mindestpersonalstandards sollten „verbindlich“ sein.⁶
- Eine Unterschreitung dieser Personalbesetzungsstandards sollte mit Vergütungsabschlägen sanktioniert werden, sofern die Unterschreitung nicht mit regionalen Besonderheiten zu erklären ist.

Mit diesen Vorschlägen wird im Kern auf den bisherigen Diskussionsbeiträgen aufgebaut, mit der Beauftragung einer ständigen Kommission allerdings ein neuer Vorschlag eingeführt. In der bisherigen Diskussion war zumeist unausgesprochen davon ausgegangen worden, dass eine Regulierung unmittelbar durch Bundes- oder Landesrecht erfolgen sollte. Als Vorbild für diese Vorstellung dienten in der Regel die vom Bund 1991 erlassene Psychiatrie-Personalverordnung und die 1993 in Kraft getretene Pflege-Personalregelung. Beide wurden zwar von Expertengruppen erarbeitet, dann aber durch Rechtsverordnung des Bundes (Psych-PV) bzw. als Teil eines Bundesgesetzes (PPR) in Kraft gesetzt.

Der von der SPD-Bundestagsfraktion vorgeschlagene Weg weicht davon ab und orientiert sich offensichtlich an einem Regulierungsmodell, dass in den letzten Jahren zunehmend

⁶ Mit der Verwendung des Begriffs „verbindlich“ soll vermutlich an die im GKV-Recht häufig anzutreffende Regelung angeknüpft werden, durch die bestimmte in der betreffenden Gesetzesvorschrift genannte Vereinbarungen zwischen den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. der Spitzenverbände im Krankenhausbereich für alle Krankenkassen und alle zugelassenen Krankenhäuser als ‚unmittelbar verbindlich‘ erklärt werden. Dadurch erhalten diese Vereinbarungen quasi den Rang von Rechtsvorschriften des Bundes.

gerade auch im Krankenhausbereich angewendet wird. Dabei werden die Spitzenverbände beauftragt, eine bestimmte, im Gesetz nur allgemein umschriebene Regelung auf dem Verhandlungsweg zu vereinbaren. Gelingt die Vereinbarung, wird die entsprechende Regelung durch Gesetz als ‚unmittelbar verbindlich‘ für alle Krankenkassen und Leistungserbringer erklärt. Gelingt die Einigung nicht, hat das Bundesministerium für Gesundheit die entsprechende Regelung auf dem Wege einer so genannten ‚Ersatzvornahme‘ durch eine Rechtsverordnung vorzunehmen. Dieser Weg wurde bspw. bei der Einführung des DRG-Systems gewählt und findet auch seitdem bei der jährlichen Weiterentwicklung des Systems Anwendung.

6.5 Positionspapier der AG „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung

In ausdrücklicher Anlehnung an das Konzept der SPD-Bundestagsfraktion legte im August 2013 eine von der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung eingesetzte „Arbeitsgruppe Stationäre Versorgung“ ein Positionspapier zur „Zukunft der Krankenhäuser“ vor (FES 2013). Darin sprach sich die Arbeitsgruppe unter anderem auch für die Einführung von Personalmindeststandards in Krankenhäusern, insbesondere in der Pflege, aus.

Ausgehend von der Einschätzung, dass sich die Arbeitsbedingungen im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben und mittlerweile „unzureichend“ (ebd.: 15) seien, plädierte die Arbeitsgruppe dafür,

„kurzfristig sicherzustellen, dass über geeignete Qualitätsindikatoren Mindeststandards für die Pflege im Krankenhaus gelten. Sofern dies nicht alsbald erreichbar ist, sollten – wie von der SPD-Bundestagsfraktion vorgeschlagen – konkrete Empfehlungen zur Personalausstattung von entsprechenden Gremien erarbeitet werden. Deren Einhaltung sollte im Rahmen der Budgetverhandlungen überwacht und gegebenenfalls sanktioniert werden. Schon heute kann geprüft werden, ob die in der DRG-Kalkulation eingeflossene Personalbemessung auf der Basis der veralteten Pflegepersonalbedarfsregelungen (PPR) im jeweiligen Haus auch tatsächlich umgesetzt wird. Dazu kann ein neues Verfahren entwickelt werden, das die positiven Erfahrungen aus der Psychiatrie (PsychPV) miteinbringt“ (FES 2013: 16).

Betrachtet man die in dieser Passage enthaltenen einzelnen Elemente eines Regulierungsansatzes, so ergeben sich folgende Einzelvorschläge:

- Erarbeitung von Empfehlungen zur Personalausstattung durch ein nicht näher bezeichnetes Gremium
- Einbeziehung der positiven Erfahrungen der Psychiatrie-Personalversorgung (PsychPV) in das neue Personalbemessungsverfahren

- Überwachung der Einhaltung der Mindeststandards im Rahmen der Budgetverhandlungen und Überprüfung der Krankenhäuser, ob sie die in die DRG-Fallpauschalen eingeflossene Personalbemessung auch tatsächlich umsetzen
- Sanktionierung der Nichteinhaltung dieser Personalbemessung im Rahmen der Budgetverhandlungen

Das Positionspapier weicht vom Konzept der SPD-Bundestagsfraktion in zwei wesentlichen Punkten ab. Zum einen geht es im Detaillierungsgrad über das Konzept hinaus, indem als Orientierungspunkt für eine Regulierung das Modell der Psychiatrie-Personalverordnung genannt wird. Sofern dies bewusst und in Kenntnis der Bedeutung erfolgte, wäre darin angelegt, dass eine Regulierung in Form von Verfahren der Personalbedarfsermittlung erfolgen sollte, und nicht – was durchaus auch in der Diskussion anzutreffen ist – als Vorgabe fixer Verhältniszahlen (Vollkräfte je Patientenzahl).

Die andere Abweichung ist in der Verwendung des Begriffs „Empfehlungen“ enthalten. Sofern dieser Begriff bewusst gewählt wurde, bedeutet er ein Zurückgehen hinter den Vorschlag der SPD-Bundestagsfraktion und auch hinter das SPD-Bundestagswahlprogramm. Denn in beiden ist nicht von (unverbindlichen) ‚Empfehlungen‘ die Rede, sondern von verbindlich einzuhalten Standards. Allerdings erscheint es widersprüchlich, einerseits Personalbesetzungsstandards nur den Status von Empfehlungen zu geben, andererseits aber eine Unterschreitung dieser ‚Empfehlungen‘ im Rahmen der Budgetverhandlungen durch Vergütungsabschläge zu sanktionieren.

6.6 Gesetzentwurf der hessischen SPD-Landtagsfraktion

Einen grundlegend anderen Ansatz der Regulierung hat die SPD-Fraktion im hessischen Landtag beschritten. Als Oppositionspartei legte sie im Mai 2013 den Entwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP)“ (Ltg-Drs 18/7392) vor, der unter anderem auch die Vorgabe verbindlich einzuhaltender Personalmindeststandards vorsah. Der Entwurf wurde von der damaligen Regierungsmehrheit aus CDU und FDP abgelehnt und nach der Landtagswahl 2013 im März 2014 von der SPD erneut vorgelegt (Ltg-Drs. 19/214). Auch der zweite Anlauf scheiterte, diesmal an der neuen Regierungsmehrheit von CDU und Grünen. Aber auch wenn der Gesetzentwurf keine Mehrheit im hessischen Landtag fand, so kann er für die Diskussion über die Frage einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern doch als eine Art ‚Meilenstein‘ gelten und soll darum im folgenden kurz vorgestellt werden.

Der Gesetzentwurf sieht eine Regulierung nicht über das Vergütungssystem vor, sondern über die Landeskrankenhausplanung. Das Konzept beinhaltet nicht nur die Vorgabe verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards, sondern auch die Grundzüge eines Systems staatlicher Überwachung und Durchsetzung dieser Standards. Die Durchsetzung der Standards soll mittels eines gestuften Systems von Sanktionierungen erfolgen, die bis hin zur Herausnahme aus dem Landeskrankenhausplan reichen können (SPD-Landtagsfraktion Hessen 2013a).

Im Einzelnen sieht das Regulierungskonzept folgende Bestandteile vor (§ 8 GVKALP-Entwurf):

- Vorgabe verbindlicher Mindestpersonalzahlen durch Rechtsverordnung des Landes
- Differenzierung der Mindestpersonalzahlen insbesondere nach Berufsgruppen und Qualifikationen, Erkrankungsschwere der zu versorgenden Patienten und Art der Station
- Vorgabe als Verfahren zur Berechnung des vorzuhaltenden Personals

Die Überwachung und Durchsetzung der Mindestpersonalbesetzungen soll mit Hilfe folgender Maßnahmen sichergestellt werden:

- Krankenhäuser haben dem zuständigen Ministerium jährlich die Einhaltung der Mindestpersonalzahlen zu melden. Die gemeldeten Daten werden vom Ministerium veröffentlicht.
- Bei Nichteinhaltung der Mindestpersonalbesetzungen greift ein gestuftes System von Sanktionierungen. Wird die Nichteinhaltung festgestellt, hat das Krankenhaus dem Ministerium zunächst darzulegen, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die geforderte Personalbesetzung zu erfüllen.
- Werden die Anforderungen auch weiterhin nicht erfüllt, so hat das Krankenhaus nach zwei Jahren für die Intensivstationen und nach drei Jahren für die übrigen Bereiche mit dem Ministerium schriftlich Maßnahmen zur Sicherung der Mindestpersonalbesetzung zu vereinbaren.
- Erfüllt ein Krankenhaus diese Vereinbarung nicht, kann das Ministerium die teilweise oder vollständige Herausnahme aus dem Krankenhausplan verfügen.

Darüber hinaus enthielt der Gesetzentwurf weitere Vorgaben zur Qualitätssicherung, die durchaus auch als flankierende Maßnahmen einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung gelten können:

- Krankenhäuser haben die tatsächliche Arbeitszeit ihrer Beschäftigten durch automatisierte Zeiterfassungssysteme, sowie alle Überlastungsanzeigen ihrer Beschäftigten systematisch zu erfassen und diese Daten jährlich dem Ministerium zu übermitteln.

- Alle Kliniken haben ein System der Erfassung von Fehlern und kritischen Ereignissen einzuführen und sind verpflichtet, regelmäßig Patientenzufriedenheitsbefragungen durchzuführen.

Der Gesetzentwurf und die darin enthaltene Vorgabe verbindlicher Personalbesetzungsstandards bauten auf der folgenden Argumentation auf (SPD-Landtagsfraktion Hessen 2013b: 3f.):

- Die Vorhaltung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Bevölkerung ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge und gehören zu den Kernaufgaben der Länder.
- Im Vordergrund staatlicher Krankenhauspolitik muss der Grundgedanke stehen, dass zum Schutz der Patienten der Schutz der Krankenhausmitarbeiter vor Überforderung und klare Regeln zur Qualitätssicherung notwendig sind.
- Deshalb sei „sicherzustellen, dass in Krankenhäusern ausreichendes und gut ausgebildetes Personal zur Verfügung steht, um ärztliche Versorgung und Pflege am Patienten orientiert zu gewährleisten“ (SPD-Landtagsfraktion Hessen 2013b: 4).
- Um dies zu gewährleisten, seien „gesetzliche Mindeststandards für die Personalbemessung“ erforderlich. Denn: „Gesetzliche Personalmindeststandards sichern die Qualität, verringern die Patientensterblichkeit und verhindern Personalüberforderung“ (SPD-Landtagsfraktion Hessen 2013b: 4).

Wie bereits erwähnt, kann dieser Gesetzentwurf als eine Art Meilenstein der Diskussion betrachtet werden, auch wenn er zweimal gescheitert ist. Zum einen wurde erstmals in Grundzügen ein mögliches Regulierungsmodell vorgelegt, zum anderen setzt das Regulierungsmodell nicht auf der Bundesebene und dem Vergütungssystem an, sondern auf der Landesebene bei der Krankenhausplanung. Der Gesetzentwurf enthält zwar nur Eckpunkte, dies erscheint angesichts der Komplexität der zu regelnden Materie und der Tatsache, dass damit gesetzgeberisches ‚Neuland‘ betreten wird, sicherlich sehr angemessen. Die Einzelheiten hätten – im Falle der Annahme des Gesetzentwurfes – in ausführlichen Beratungen über die Ausgestaltung einer Verordnung des Landes erarbeitet werden können.

6.7 Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD

Wie die vorhergehende Darstellung zeigen konnte, war die SPD mit der relativ eindeutigen Forderung nach einer rechtverbindlichen Vorgabe von Personalmindeststandards für Krankenhäuser zu den Bundestagswahlen 2013 angetreten. Es war somit zu erwarten,

dass die SPD-Vertreter in den anstehenden Koalitionsverhandlungen diese Forderung auch vertreten würden. Als Ergebnis der Verhandlungen wurden in den Koalitionsvertrag mehrere Passagen aufgenommen, die direkt oder indirekt zu Personalbesetzungsstandards Stellung nehmen. Da diese Passagen voraussichtlich zentrale Referenzpunkte für die Verhandlungen zur geplanten Krankenhausreform sein werden, sollen sie wörtlich vorgestellt und näher betrachtet werden.

Zunächst einmal wird im Koalitionsvertrag festgestellt, dass die Koalition von einem Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung des Personals und sicherer Patientenversorgung ausgeht:

„Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird“ (CDU/CSU/SPD 2013: 79)

Die Koalition hat sich somit sehr eindeutig in dieser Frage positioniert, was auch beinhaltet, dass sie nun – im Interesse der Patientensicherheit – in der Bringschuld steht, zumal sie weitere Aussagen zum Thema Personalmindeststandards gemacht hat:

"Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden" (CDU/CSU/SPD 2013: 79).

"Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen" (CDU/CSU/SPD 2013: 79).

"Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein" (CDU/CSU/SPD 2013: 84).

Aus diesen Passagen lassen sich folgende Elemente eines darin angelegten Regulierungsansatzes herausfiltern:

- Gewährleistung einer ausreichenden Berücksichtigung der Personalkosten bei der DRG-Kalkulation
- Nachweis der Krankenhäuser über die Verwendung der für die Personalkosten ausgewiesenen Anteile der DRG-Fallpauschalen
- Personalmindeststandards für den Pflegebereich

Die zitierten Passagen aus dem Koalitionsvertrag weisen gegenüber den von der SPD zuvor vertretenen Vorschlägen wesentliche Unterschiede auf:

- Die Regierungskoalition will sich für Personalmindeststandards „im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten“ einsetzen.
- Es werden keine Sanktionen im Falle einer Unterschreitung von Personalmindeststandards erwähnt.

Der Hinweis auf begrenzte rechtliche Möglichkeiten ist vermutlich dem Umstand geschuldet, dass der Bund für eine bundesrechtliche Regulierung die Zustimmung der Bundesratsmehrheit braucht.

Es bleibt noch, darauf hinzuweisen, dass die Passage zu Personalmindeststandards nicht im Krankenhauskapitel erscheint, sondern in dem mit „Pflege“ überschriebenen Teil des Koalitionsvertrages. Die darin enthaltenen Aussagen sind weit überwiegend nur auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und die ambulante und stationäre Versorgung Pflegebedürftiger bezogen, nicht jedoch auf die Pflege im Krankenhaus (CDU/CSU/SPD 2013: 83-86). Dies ist zumindest irritierend und wirft die Frage auf, ob „Personalmindeststandards“ nicht für Krankenhäuser, sondern für ambulante Pflegedienste und Pflegeheime angestrebt werden sollen. Da die Einführung von Personalmindeststandards für diese Bereiche aber bislang weder diskutiert noch vom Deutschen Pflegerat, von Verdi oder der SPD oder der LINKEN gefordert wird, kann wohl davon ausgegangen werden, dass die Koalition Personalmindeststandards für Krankenhäuser meint.

7 Eine kritische Analyse der bisherigen Vorschläge

Nachdem die wichtigsten Diskussionsbeiträge und Vorschläge vorgestellt wurden, soll nun eine zusammenfassende Analyse und Diskussion der bisherigen Vorschläge und Regulierungsansätze erfolgen. Die bisherigen Vorschläge können in zwei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze unterteilt werden. In dem einen Ansatz soll die Einhaltung von Personalbesetzungsstandards durch Änderungen des DRG-Fallpauschalensystems erreicht werden, in dem anderen Ansatz soll dies durch die Ausgestaltung des Krankenhausplanungsrechts der Länder bewirkt werden. Der erste Ansatz nutzt die Regulierungskompetenzen des Bundes, der zweite die der Länder.

Da der weit überwiegende Teil der bisherigen und oben vorgestellten Vorschläge das DRG-System für die Durchsetzung von Personalbesetzungsstandards nutzen will, soll dieser Ansatz auch als Erstes diskutiert werden.

7.1 Zur Frage der Eignung des DRG-Systems für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern

Aus den zuvor vorgestellten Vorschlägen, die eine Regulierung der Personalbesetzung über die Ausgestaltung des DRG-Systems erreichen wollen, lassen sich folgende Eckpunkte eines möglichen Regulierungsmodells herausfiltern:

- Gewährleistung einer ausreichenden Berücksichtigung der Personalkosten des Pflegedienstes bei der DRG-Kalkulation
- Vorgabe verbindlich einzuhaltender Personalmindestbesetzungen
- Verpflichtung der Krankenhäuser, die in den DRG-Fallpauschalen enthaltenen Kalkulationsanteile für Personalkosten des Pflegedienstes auch tatsächlich für diesen Zweck zu verwenden
- Nachweispflicht der Krankenhäuser über die zweckentsprechende Mittelverwendung gegenüber den Krankenkassen
- Vergütungsabschläge im Falle einer Unterschreitung der vorgegebenen Personalmindestbesetzungen bzw. Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel.

Ein solches Regulierungsmodells wird offenbar getragen von der Vorstellung, dass die DRG-Fallpauschalen einen eindeutig erkennbaren Anteil für die Personalkosten einzelner Dienstarten enthalten, darunter auch des Pflegedienstes, der – wenn er richtig kalkuliert ist – die Kosten einer bedarfsgerechten Personalbesetzung deckt. Darum sei es auch

sachgerecht, die Fallpauschalen um einen bestimmten Betrag zu kürzen, wenn der in den DRG-Fallpauschalen enthaltene Personalkostenanteil für den Pflegedienst nicht für diesen Zweck verwendet wurde. Der ‚Preisabschlag‘ wäre nach diesen Vorstellungen eine Reaktion darauf, dass die im DRG-Fallpauschalenkatalog definierte Leistung nicht vollständig erbracht wurde. Dadurch würde den Krankenhäusern ein ‚Anreiz‘ gesetzt, die in den Fallpauschalen enthaltenen Personalkosten für den Pflegedienst auch tatsächlich für diesen Zweck zu verwenden, wodurch schließlich eine bedarfsgerechte Personalbesetzung erreicht werden könnte.

Diese Vorstellung und die sie tragenden Annahmen sollen im Folgenden geprüft und kritisch hinterfragt werden.

7.1.1 DRG-Kalkulationsdaten: Ist-Kosten ohne Bezug zum Pflege- oder Personalbedarf

Die DRG-Fallpauschalen werden auf Grundlage der Kostendaten einer Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert. Es war eine der zentralen Grundsatzentscheidungen bei Einführung des deutschen DRG-Systems, dass die Fallpauschalen auf Grundlage von Ist-Kosten kalkuliert werden sollen und nicht auf Grundlage wie auch immer gearteter Soll- oder Norm-Kosten. Die Spitzenverbände im Krankenhausbereich haben dazu eine Kalkulationsmethodik vereinbart, die in einem allgemein zugänglichen Kalkulationshandbuch erläutert wird (InEK 2007). Danach sind bspw. die Personalkosten des Pflegedienstes so zu ermitteln, dass die Gesamt-Personalkosten des Pflegedienstes eines Krankenhauses durch die Zahl der insgesamt in dem Krankenhaus erhobenen Pflegeminuten geteilt wird. Das Ergebnis ist der für das betreffende Krankenhaus anzusetzende Kostensatz je Pflegeminute. Dieser Satz wird dann mit der Zahl der für jede einzelne DRG-Fallgruppe erhobenen Pflegeminuten multipliziert. Daraus ergibt sich der für die Kalkulation der betreffenden DRG-Fallpauschale zugrunde zu legenden Kostenanteil für die Personalkosten des Pflegedienstes.

Die Ermittlung der Pflegeminuten erfolgt in den Kalkulationskrankenhäusern in der Regel mit Hilfe der Pflege-Personalregelung (PPR). Nach Genehmigung durch das InEK dürfen allerdings auch andere Verfahren als die PPR eingesetzt werden. Seit dem Datenjahr 2010 ist zudem die um den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) erweiterte PPR-Systematik anzuwenden.

Weder PPR noch PKMS sind jedoch für die Ermittlung der Personalkosten entwickelte und gestaltete Instrumente, sondern – wie an früherer Stelle dargelegt – Instrumente der Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst auf Normalstation. Um den Personalbedarf eines Patienten zu ermitteln, wird er im Falle der PPR entsprechend seines Pflegebedarfs einer von neun Pflegestufen zugeordnet. Die Pflegestufen wiederum sind mit festen Minutenwerten verbunden, die als Arbeitszeitbedarf bei gegebenem Pflegebedarf für die

Berechnung des Personalbedarfs eingesetzt werden. Da Ziel der PPR während der Zeit ihrer Geltung als Bundesrecht war, dass der Personalbedarf ermittelt wird, weist der maßgebliche Kommentar zur PPR auch ausdrücklich darauf hin, dass die Einstufung der Patienten auf Grundlage von Soll-Leistungen zu erfolgen hat, nicht auf Grundlage tatsächlich erbrachter Ist-Leistungen (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 78). Die Einstufung auf Grundlage von Soll-Leistungen ist insofern erforderlich, als ansonsten die Ist-Personalbesetzung fortgeschrieben würde, gleichgültig ob es sich um eine Unter- oder Überbesetzung handelt (vgl. hierzu Simon 1993).

Im Rahmen der DRG-Kalkulation wird die PPR jedoch nicht für die Personalbedarfsermittlung eingesetzt, sondern als Instrument zur Ermittlung der Ist-Personalkosten. Das aber erfordert eine Einstufung der Patienten nach Ist-Leistungen. Ansonsten würde es sich um einen schwerwiegenden Fehler bei der Datenerhebung handeln, der zum Ausschluss des betreffenden Krankenhauses und der von ihm erhobenen Daten führen müsste.

Somit ist festzuhalten, dass die im Rahmen der DRG-Kalkulationsrunde erhobenen und für die Kalkulation der Fallpauschalen verwendeten PPR-Minuten keinen Bezug zum Pflegebedarf und somit auch nicht zum Personalbedarf haben.

Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die auf diese Weise erhobenen PPR-Minuten dem Pflege- und Personalbedarf entsprechen. Allein die oben beschriebene Methodik verbietet eine solche Annahme, denn es wird definitiv nicht der Personalbedarf erhoben. Nun könnte angenommen werden, dass – aus welchen Gründen auch immer – ‚zufällig‘ bei allen im Rahmen der DRG-Kalkulation erfassten Patienten die erhobenen PPR-Minuten ihrem individuellen Pflegebedarf entsprechen und die tatsächliche Personalbesetzung dem auf Grundlage des Pflegebedarfes errechneten Personalbedarf entspricht.

Gegen eine solche Annahme sprechen vor allem zwei Gründe:

- Die vom InEK veröffentlichten Kalkulationsdaten enthalten keinerlei Angaben darüber ob und in welchem Umfang die tatsächliche Personalbesetzung der Kalkulationskrankenhäuser dem Personalbedarf entspricht. Dazu müssten die Kalkulationskrankenhäuser eine eigene Personalbedarfsermittlung durchführen, beispielsweise mit Hilfe der PPR. Dies würde – wie oben dargelegt – eine PPR-Einstufung jedes einzelnen Patienten auf Grundlage der als bedarfsgerecht angesehenen Soll-Leistungen erfordern. Die Addition der auf Grundlage der Soll-Leistungen ermittelten Soll-Pflegeminuten aller Patienten ergäbe den Gesamtpflegebedarf der betreffenden Klinik für den Regeldienst des Pflegedienstes, aus dem – unter Zugrundelegung durchschnittliche Netto-Arbeitszeit einer Vollkraft – der Personalbedarf dieser Klinik errechnet werden könnte. Etwas Derartiges sieht die Kalkulationsmethodik nicht vor. Von daher ist vollkom-

men unbekannt, ob und in welchem Umfang die tatsächliche Personalbesetzung der Kalkulationskrankenhäuser dem Personalbedarf entspricht.

- Die Annahme, die tatsächliche Personalbesetzung im Pflegedienst der Kalkulationskrankenhäuser sei bedarfsgerecht, ist angesichts des erheblichen Stellenabbaus seit Aufhebung der PPR Mitte der 1990er Jahre in keiner Weise überzeugend. Es muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass in weiten Bereichen der Krankenhausversorgung mittlerweile eine erhebliche Unterbesetzung herrscht und die vorhandene Personalbesetzung nicht zur Deckung eines bspw. mit Hilfe der PPR ermittelten Pflegebedarfs im Sinne von Soll-Leistungen ausreicht (vgl. hierzu u.a. die Modellrechnung in Simon 2009a).

Zudem impliziert das Vorhaben, den Krankenhäusern verbindliche Personalbesetzungsstandards vorzugeben, die Annahme, dass die gegenwärtige Personalbesetzung in einem erheblichen Teil der Kliniken nicht ausreichend und somit nicht bedarfsgerecht ist. Insofern wäre es ein Widerspruch in sich, einerseits von einer gegenwärtig gegebenen Unterbesetzung auszugehen und Personalbesetzungsstandards einführen zu wollen, andererseits aber die DRG-Kalkulationsdaten, die auf Grundlage der gegenwärtigen Ist-Personalbesetzung erhoben werden, als Maßstab für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung zu verwenden.

Als Lösungsansatz könnte eventuell in Erwägung gezogen werden, die Patienteneinstufung in den Kalkulationskrankenhäusern nicht auf Grundlage von tatsächlich erbrachten Leistungen, sondern auf Grundlage von Soll-Leistungen vornehmen zu lassen. Dazu wäre zunächst festzuhalten, dass dies ein Verstoß gegen die Grundlogik der DRG-Kalkulationsmethodik wäre, die eine Erfassung tatsächlich erbrachter Leistungen und tatsächlich entstandener Kosten verlangt. Aber auch wenn man diesen Einwand beiseite schieben würde, könnte ein solcher Weg keine Problemlösung bringen. Würde die PPR-Einstufung in den Kalkulationskrankenhäusern von Ist- auf Soll-Leistungen umgestellt, wäre angesichts des Stellenabbaus und einer weit verbreiteten Unterbesetzung eine deutliche Erhöhung der Zahl der PPR-Minuten zu erwarten. Dies hätte zur Folge, dass der Divisor vergrößert würde, durch den die Gesamtpersonalkosten des Pflegedienstes des betreffenden Kalkulationskrankenhauses geteilt werden. Würden dabei aber sowohl die Zahl der Stellen als auch die Strukturen der Personalkosten unverändert bleiben, wäre das Ergebnis ein deutlich niedriger Kostenwert je Pflegeminute. Bei unverändertem Stellenplan bliebe es eine Art ‚Nullsummenspiel‘: Zwar würde die Zahl der PPR-Minuten steigen, der in die DRGs einkalkulierte Kostenanteil würde aber nicht steigen, da die Gesamtpersonalkosten des Pflegedienstes gleich geblieben sind.

Eine Änderung wäre erst dann zu erreichen, wenn in allen Kalkulationskrankenhäusern vor der Kalkulation eine Erhebung des Pflege- und Personalbedarfs erfolgen und die Personalbesetzung entsprechend angepasst würde. Dies würde voraussichtlich zu einer Erhöhung der Zahl des Personals führen, was wiederum – gleichbleibende Gehaltsstrukturen vorausgesetzt – eine Erhöhung der Gesamtpersonalkosten bewirken würde. Ein solches Vorgehen findet sich allerdings in keinem der vorgestellten Regulierungsansätze und dürfte keine Aussicht auf Realisierung haben. Nicht nur, dass die Frage zu entscheiden wäre, wer die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen soll, es wäre auch zu begründen, warum etwas Derartiges nur für die Personalkosten des Pflegedienstes geschehen soll und nicht auch für alle anderen Kostenarten, bspw. die Personalkosten des ärztlichen Dienstes.

Die DRG-Kalkulationsdaten sind zur Bestimmung von normativ zu setzenden Personalbesetzungsstandards auch deshalb nicht geeignet, weil von den Kostenwerten für die einzelnen Personalkostenanteile nicht auf die Personalbesetzung dieser Dienstarten geschlossen werden kann. Dies wäre vor allem deshalb unsachgemäß, weil die Personalkosten im Krankenhaus nicht nur von der reinen Anzahl des Personals, sondern insbesondere auch von der Qualifikationsstruktur und dem jeweils geltenden Tarifvertrag abhängig ist. Vor dem Hintergrund der traditionell vorhandenen Unterschiede zwischen den Tarifsyste men öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger sowie dem seit Jahren zu beobachtenden Abschluss von Notlagen- und Haustarifverträgen muss mit deutlichen Kostenunterschieden auf Grund dieser Varianzen gerechnet werden. Vor diesem Hintergrund wäre es hoch problematisch, einen bundesweiten Durchschnittswert je Pflegeminute zu berechnen und als Richtwert vorzugeben. Ohne einen solchen Einheitsminutenwert wäre aber eine ‚Rückrechnung‘ von den Kosten zu den Pflegeminuten nicht möglich.

Darüber hinaus sind die DRG-Kalkulationsdaten auch aus weiteren Gründen ‚rein technisch‘ ungeeignet. Wie dargelegt, dienen die PPR-Minutenwerte im Rahmen der DRG-Kalkulation lediglich als Verrechnungsschlüssel für die Aufteilung der Gesamt-Personalkosten auf einzelne DRG-Fallpauschalen. Die Pflegeminuten selbst erscheinen in dem jährlich vom InEK veröffentlichten DRG-Browser bislang nicht, sondern lediglich die Angaben zu den über alle Kalkulationskrankenhäuser hinweg ermittelten Durchschnittskosten je DRG insgesamt sowie differenziert nach einzelnen Kostenarten je DRG. Sofern die Minutenwerte bisher nicht von den Kalkulationskrankenhäusern an das InEK gemeldet werden, stehen sie überhaupt nicht für die Berechnung eines durchschnittlichen Pflegeminutenwertes je DRG zur Verfügung.

Aber selbst wenn die PPR-Minutenwerte der Kalkulationskrankenhäuser verfügbar wären und veröffentlicht würden, ließe sich daraus nicht auf den Pflegebedarf der erfassten Patienten schließen. Die in der PPR aufgeführten Pflegeminuten gelten nur für den täglichen Pflegebedarf zwischen 6:00 Uhr und 20:00 Uhr, sie decken somit lediglich 14 von 24 Stunden ab. Der Nachtdienst war während der Geltung der PPR gesondert, in der Regel mit Hilfe der so genannten Arbeitsplatzmethode zu ermitteln und mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Würden nur die PPR-Minuten für die Ableitung eines Pflegeminutenwertes je DRG verwendet, bliebe somit ein erheblicher und für die Patientensicherheit sehr wichtiger Bereich der pflegerischen Versorgung vollkommen unberücksichtigt. Und dieser Bereich ist zudem in den letzten Jahren in vielen Krankenhäusern insofern zunehmend wichtiger geworden, als offenbar vor allem aufgrund von Unterbesetzungen im Tagdienst immer mehr Tätigkeiten in den Nachtdienst verlagert werden.

7.1.2 Medizinisch-pflegerische Inhomogenität der DRGs und unbekannte Kostenvarianzen bei einzelnen Kostenarten

Aber selbst wenn man die zuvor dargelegten Einwände gegen die Verwendung von Ist-Kostendaten für die Ableitung einer Soll-Personalbesetzung unberücksichtigt ließe, so bleiben weitere schwerwiegende Einwände gegen die Nutzung des DRG-Fallpauschalensystems für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern. Einer der schwerwiegendsten ist, dass die DRG-Fallpauschalen sowohl medizinisch als auch pflegerisch in einem unbekannten und vermutlich hohen Maße inhomogen sind und die Kosten unterhalb der Ebene der Gesamtfallkosten erhebliche und von außen nicht erkennbare Kostenvarianzen aufweisen.

Die Vorstellung, die DRG-Kalkulationsdaten für eine Regulierung der Personalbesetzung zu nutzen, ist offenbar wesentlich von den jährlich im so genannten „DRG-Browser“ veröffentlichten Kalkulationsergebnissen beeinflusst. In dieser, auf der Internetseite des InEK veröffentlichten Access Datenbank sind nicht nur die ermittelten durchschnittlichen Gesamtfallkosten für jede DRG-Fallpauschale enthalten, sondern auch Angaben zu Durchschnittswerten für alle in die Kalkulation eingegangenen Kostenarten und Kostenbereiche. Für jede einzelne DRG kann man darin einen genauen Betrag mit Nachkommastellen unter anderem auch für die Personalkosten des Pflegedienstes auf Normalstation oder Intensivstation finden.

Es ist jedoch vollkommen verfehlt, diese Werte als einen Mittelwert zu deuten, der als Referenzgröße genutzt werden könnte, beispielsweise für die Ableitung einer Orientierungsgröße oder Vorgabe zur Personalbesetzung. Dies hat sowohl fachlich-inhaltliche als auch ökonomische Gründe, die auf einen zentralen Sachverhalt zurückzuführen sind. Ziel der Bildung und jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalenkatalogs war und

ist ein möglichst hohes Maß an so genannter ‚Kostenhomogenität‘. Damit ist gemeint, dass die Kosten zwischen den verschiedenen in einer Fallgruppe zusammengefassten Patientenkohorten möglichst geringe Unterschiede aufweisen sollten. Dies ist eine der zentralen Anforderungen an Fallpauschalensysteme, um zu vermeiden, dass von ihnen starke Anreize für eine Risikoselektion ausgehen. Denn je höher die Kostenvarianz innerhalb einer DRG-Fallgruppe ist, desto mehr lohnt es sich für Krankenhäuser, nur solche Fälle der betreffenden DRG aufzunehmen, deren Kosten unter der Fallpauschale liegen, und solche Patienten möglichst nicht aufzunehmen, deren Kosten die zu erwartende Vergütung voraussichtlich übersteigen werden.

Kostenhomogenität wird im deutschen DRG-Fallpauschalensystem allerdings nur für Gesamtkosten einer DRG-Fallgruppe angestrebt und nach Auffassung des InEK auch in ausreichendem Maße erreicht (InEK 2013). Unterhalb der Ebene der Gesamtfallkosten gibt es Kostenvarianzen, die jedoch für Außenstehende anhand des DRG-Browser nicht erkennbar sind (vgl. hierzu u.a. auch Jaeger 2014). Im DRG-Browser werden zwar Kostenwerte für einzelne Kostenarten und Kostenbereiche ausgewiesen, bei diesen handelt es sich aber um Mittelwerte, hinter denen unbekannte und zum Teil sehr hohe Kostenunterschiede stehen (vgl. u.a. Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014). Diese Mittelwerte sind darum weder für krankenhausinterne Steuerungsprozesse, beispielsweise die Berechnung von Richtwerten für Abteilungsbudgets oder einzelne Kostenarten (v.a. Personalkosten), noch für Zwecke der politischen Steuerung geeignet. Sie dennoch für diese Zwecke einzusetzen, ist bzw. wäre mit unkalkulierbaren Risiken verbunden und würde im Fall der politischen Steuerung starke Anreize für eine Risikoselektion setzen. InEK-Kostendaten werden zwar dennoch in vielen Kliniken und insbesondere von Krankenhausberatungsunternehmen als Kennzahlssystem für die Ableitung von Obergrenzen insbesondere der Personalkosten verwendet, dies ist aber sachlich nicht überzeugend begründbar, ausgesprochen fragwürdig und wegen seiner hochproblematischen Auswirkungen zu kritisieren (zur Kritik vgl. u.a. Siebers et al. 2008).

Die medizinische Inhomogenität der deutschen DRG-Fallgruppen wird auch für den ökonomischen Laien an den zahlreichen und vielfach sehr unterschiedlichen Diagnose- und Prozeduren-Kodes erkennbar, die den einzelnen DRG-Fallpauschalen hinterlegt sind. Diese Heterogenität ist der Grund für die häufig sehr eigenwilligen sprachlichen Definitionen von DRG-Fallgruppen, die im DRG-Fallpauschalenkatalog in Erscheinung treten. Die nachfolgende, relativ beliebige Zusammenstellung aus dem DRG-Katalog 2014 soll dies veranschaulichen. Die Schwierigkeiten, medizinisch zum Teil sehr unterschiedliche Fälle in einer sprachlichen Definition zu vereinen, zeigt sich dabei insbesondere an der Verwendung

des Worte ‚oder‘. In nicht wenigen DRG-Fallgruppen erscheint ein ‚oder‘ zudem nicht nur einmal, sondern zwei, drei oder viermal.

Beispiele für bereits an der sprachlichen Definition erkennbar medizinisch inhomogene DRGs (DRG-Katalog 2014)

B02C: Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur

B15Z: Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen

B17A: Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose

D60B: Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie

E65A: Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion

F06C: Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation

G07C: Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre

G72B: Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC

Die Zusammenfassung unterschiedlicher Diagnosen oder Prozeduren zu einer Fallgruppe ist in der Logik des DRG-Systems dann und insofern gerechtfertigt, wenn die Auswertung der Kalkulationsdaten ergeben hat, dass die Behandlung sehr unterschiedlicher Patientengruppen relativ nahe beieinander liegende Kosten verursacht. Allerdings gilt dies – wie oben dargelegt – nur für die Gesamtfallkosten. Unterhalb dieser Ebene können solche Fallgruppen in einzelnen Kostenarten oder Kostenbereichen sehr ungleiche Kosten beinhalten. Und dies erklärt sich eben aus der Tatsache, dass es sich um medizinisch heterogene und zum Teil auch sehr heterogene Fallgruppen handelt. Eine DRG, die auf der Ebene der Gesamtfallkosten ein hohes Maß an Kostenhomogenität aufweist, kann beispiels-

weise Teil-Fallgruppen mit hohem Sachkostenanteil und niedrigem Personalkostenanteil ebenso einschließen wie Fallgruppen mit niedrigem Sachkostenanteil und hohem Personalkostenanteil (vgl. u.a. die beispielhafte Darstellung für die DRG J06Z bei Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014). Dies ist für ein Krankenhaus nur dann ökonomisch unproblematisch, wenn es ein Patientenkollektiv versorgt, das in seiner Zusammensetzung exakt der Zusammensetzung des in die DRG-Kalkulation eingegangenen gesamten bundesweiten Fallkollektivs entspricht. Dies dürfte aber selten bis sehr selten der Fall sein. Dennoch werden die zwischen den Kalkulationskrankenhäusern bestehenden Unterschiede zu einem über alle Kliniken berechneten einheitlichen Mittelwert nivelliert. Mit der Folge, dass in DRGs Fallkollektive zusammengefasst werden, die beispielsweise sehr unterschiedlich pflegeaufwendig sind.

Gegenwärtig können Krankenhäuser Unter- und Überdeckungen unterhalb der Gesamtfallkosten bei einzelnen Kostenarten oder Kostenbereichen untereinander ausgleichen, denn entscheidend ist für sie das Gesamtergebnis. Würde jedoch im Rahmen des Finanzierungsrechts vorgegeben, dass einzelne Kostenbestandteile nur für die ausgewiesene Kostenart verwendet werden dürfen, bspw. für die Personalkosten des Pflegedienstes, so wären solche krankenhausesinternen Ausgleiche nicht mehr möglich.

Eine solche Regulierung würde im Hinblick auf die personelle Besetzung des Pflegedienstes dazu führen, dass ein Krankenhaus nicht mehr die Möglichkeit hat, Unterfinanzierungen des Pflegeaufwandes bei einzelnen DRGs durch Überdeckungen bei anderen DRGs intern auszugleichen. Müsste für jede einzelne DRG die Mittelverwendung nachgewiesen werden, würden DRGs mit Pflegekostenüberdeckungen gekürzt und könnten nicht mehr für die Versorgung unterfinanzierter Pflegekosten bei anderen DRGs verwendet werden. Dieses Problem würde sich natürlich nicht nur für die Personalkosten im Pflegedienst stellen, sondern gilt generell für die Vorgabe von Teilkosten-Anteilen als Richtwerte für die Erlösverwendung (vgl. dazu u.a. Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014).

In den vorstehenden Ausführungen ist auch zugleich enthalten, dass es keine sachgerecht hergeleiteten Maßstäbe für Vergütungskürzungen im Falle einer Unterschreitung der in den DRG-Kalkulationsdaten ausgewiesenen Kostenanteile für die Personalkosten des Pflegedienstes geben kann. Wenn keine Kostenhomogenität für einzelne Kostenarten gegeben ist – und auch nicht erreichbar ist – dann kann es keine Zweckbindung für einzelne Kostenarten geben und folglich auch keine sachgerecht hergeleiteten Vergütungsabschläge.

7.1.3 Weitere Einwände

Über die bereits erläuterten Einwände sind noch weitere zu bedenken, die nachfolgen kurz angesprochen werden sollen.

DRG-Kostendaten nur für Normalliegender

In die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen gehen nur die Daten so genannter Normalliegender ein. Langliegenderfälle mit einer Verweildauer oberhalb der im DRG-Katalog definierten oberen Grenzverweildauer sowie Kurzliegender mit einer Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer werden nicht berücksichtigt und sind über tagesbezogene Entgelte bzw. Zuschläge gesondert zu vergüten. Der Anteil der Normalliegender lag bei der Kalkulation für das DRG-System 2014 insgesamt bei ca. 75 % (Fiori/Bunzemeier/Roeder 2014). Somit sind im DRG-System 2014 für ca. 25 % aller Fälle gar keine differenzierten Kostendaten im DRG-Browser verfügbar. In einzelnen DRGs lag der Anteil der Normalliegender sogar unter 50 % und der Anteil der Kurzliegender bei bis zu ca. 80 % (ebd.: 216).

Personalbesetzung im Pflegedienst der Intensivstationen

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich zur Vereinfachung weit überwiegend nur auf den Pflegedienst der Normalstationen. Für die Intensivstationen steht kein der PPR vergleichbares Verfahren zur Verfügung. Das Kalkulationshandbuch sieht für die Zurechnung der Personalkosten auf Intensivstationen stattdessen die Verwendung von ‚gewichteten Intensivstunden‘ vor (Verweilzeit eines Patienten auf Intensiv) (InEK 2007: 139). Die geleisteten Intensivstunden sind in drei unterschiedliche Intensitätsgruppen zu unterteilen: Überwachung (Gewichtungsfaktor 0,57), Behandlung (Gewichtungsfaktor 1,00) und Beatmung (Gewichtungsfaktor 1,71). Es wird von den Kalkulationskrankenhäusern keine differenzierte Gewichtung für jede einzelne Dienstart verlangt, sondern es ist eine einheitliche Kostenzuordnung für alle Kostenartengruppen zulässig (ebd.).

Sofern ein Kalkulationskrankenhaus eine nach Dienstarten differenzierte Kostenzuordnung vornehmen will, kann es nach Genehmigung durch das InEK ein spezifisch für die Intensivbehandlung und Intensivpflege konzipiertes „Pflegestufensystem“ (ebd.) verwenden. Ein Klassifikationssystem, das für Zwecke der Personalbedarfsermittlung auf Intensivstationen offenbar relativ häufig eingesetzt wird, ist das Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). Es wurde ursprünglich allerdings entwickelt, um möglichst verlässliche Prognosen zur Überlebenswahrscheinlichkeit von Intensivpatienten zu erhalten und ist für die Personalbedarfsermittlung vollkommen ungeeignet (vgl. zur Kritik des Einsatzes von TISS: Simon 2008b: 78-83). Welche sonstigen Verfahren noch eingesetzt wurden, ist an den veröffentlichten Kalkulationsdaten nicht erkennbar.

Es bleibt somit festzuhalten, dass für den Pflegedienst auf Intensivstationen noch nicht einmal Kalkulationsdaten von der Differenziertheit und Vergleichbarkeit wie für den Pflegedienst auf Normalstation verfügbar sind. Die im Kalkulationshandbuch genannten Gewichtungsfaktoren verwenden zudem drei Intensitätsstufen und sind offenbar auch mit Minutenwerten hinterlegt, die vor ca. drei Jahrzehnten entstanden.

Sonstige Vergütungsarten

Das deutsche DRG-System ist keineswegs ein reines Fallpauschalensystem, sondern enthält neben den bundesweit einheitlich definierten DRG-Fallpauschalen auch andere Vergütungsarten, für die weder bundesweit einheitliche Bewertungsrelationen noch Kostendaten im DRG-Browser existieren. Zu nennen sind beispielsweise unbewertete DRGs (ohne Bewertungsrelationen, krankenhausindividuell zu vereinbaren), Zusatzentgelte, Vergütungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), tagesbezogene Vergütungen für teilstationäre Behandlungen, Vergütungen für so genannte Besondere Einrichtungen (z.B. für Schwerbrandverletzte). Da für diese Fälle keine Kostendaten im DRG-Browser vorliegen, könnten für sie auch keine Vorgaben aus Kostendaten abgeleitet werden.

Mehr- und Mindererlösausgleiche sowie Mehrleistungsabschlag

Versorgt ein Krankenhaus mehr Fälle, als es mit den Kostenträgern vereinbart hat, muss es im Rahmen eines so genannten ‚Mehrerlösausgleichs‘ einen Teil der dadurch erzielten Erlöse an die Krankenkassen zurückzahlen (§ 4 Abs. 3 KHEntgG). Erreicht es die vereinbarte Fallzahl nicht, so erhält es im Rahmen eines ‚Mindererlösausgleichs‘ nur einen relativ kleinen Teil der dadurch ihm entgangenen Erlöse (ebd.). Für die Jahre 2013 und 2014 ist zudem auch für vereinbarte Mehrleistungen eine Vergütungskürzung gesetzlich vorgegeben (Mehrleistungsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG). Es wäre folglich zu klären, wie diese Regelungen in einem System von Richtwerten berücksichtigt werden sollten, die aus InEK-Kostendaten abgeleitet sind. Insbesondere in der Frage der Berücksichtigung von Mindererlösausgleichen dürfte es erhebliche Probleme geben, da die Personalbesetzung prospektiv auf Grundlage der Budgetvereinbarung bzw. Fallzahlvereinbarung geplant und sichergestellt werden müsste und erst retrospektiv, einige Zeit nach Ablauf der Budgetperiode, die bereits getätigten Ausgaben für Personalkosten vom Krankenhaus an die Kassen zurückzahlen wären. Das Personal wäre vom Krankenhaus entsprechend der möglicherweise dann geltenden Rechtsvorschriften einzustellen und vorzuhalten, die dafür entstandenen Personalkosten würde es für die nicht versorgten Fälle jedoch erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung und dann auch nur zu einem kleinen Teil erstattet erhalten.

Zeitverzug der Kalkulationsdaten

Und schließlich muss noch darauf hingewiesen werden, dass die DRG-Kalkulationsdaten immer erst mit ca. zwei Jahren Verzögerung verfügbar sind. So basieren die Bewertungsrelationen des DRG-Kataloges für 2014 auf den Kostendaten des Jahres 2012. Dies ist für das hier zu erörternde Thema insofern von besonderer Bedeutung, als sich in der Personalbesetzung des Pflegedienstes wie auch anderer Personalgruppen innerhalb von zwei Jahren durchaus relevante Veränderungen ergeben können und gerade in den letzten Jahren auch ergeben haben. Zu verweisen wäre beispielsweise der Abschluss eines ersten Ärztetarifvertrages im Jahr 2007 sowie natürlich auch der Einstieg in das Pflege-Förderprogramm 2009 und die Umstellung nach dessen Auslaufen 2011/2012.

7.1.4 Fazit

Es dürfte hinreichend deutlich geworden sein, dass die DRG-Kalkulationsdaten weder als Grundlage für die Ableitung von Mindestpersonalbesetzungen noch als Ansatzpunkte für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern geeignet sind. Damit aber entfallen auch die anderen darauf aufbauenden Elemente eines solchen Ansatzes. Scheiden DRG-Kalkulationsdaten als Grundlage für die Bestimmung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung aus, entfällt die Bezugsgröße für die Festlegung möglicher Abschläge auf DRG-Fallpauschalen, und die vorgeschlagene Nachweispflicht der Krankenhäuser erübrigt sich.

Dem könnte möglicherweise entgegengehalten werden, dass das Pflege-Förderprogramm die Machbarkeit einer politischen Intervention zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser doch gezeigt habe. In der Tat hat das Programm dazu geführt, dass zusätzliches Personal eingestellt und finanziert wurde. Es war aber kein Eingriff in die Konstruktion des DRG-Systems, sondern die Finanzierung erfolgte ‚neben‘ dem DRG-System. Erst nach seinem Auslaufen wurden die Mittel ab 2012 in das DRG-System überführt. Das dabei praktizierte Modell kann, wie oben dargelegt, jedoch nicht als Modell für eine wirksame und nachhaltige Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern dienen.

7.2 Zur Frage der Eignung des Krankenhausplanungsrechts für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern

Als grundsätzlicher Ansatz für eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern bietet sich auch eine Regulierung über das Recht der Krankenhausplanung an. In der gegenwärtigen Diskussion wird er vor allem von der hessischen SPD-Landtagsfraktion vertreten, die dazu als Oppositionspartei einen eigenen Gesetzentwurf mit entsprechenden Änderungen des Landeskrankenhausgesetzes vorgelegt hat. Die wesentlichen Inhalte des darin enthaltenen Regulierungsmodells wurden oben vorgestellt. Hier sollen die Kernelemente eines solchen Regulierungsansatzes unabhängig von diesem Gesetzentwurf, wenngleich doch in deutlicher Anlehnung daran, kurz skizziert und anschließend diskutiert werden:

- Durch Landesrecht werden alle in den Krankenhausplan oder das Hochschulverzeichnis aufgenommenen Krankenhäuser verpflichtet, in bestimmten Berufsgruppen und Abteilungen eine durch Landesrecht vorgegebene Personalbesetzung vorzuhalten.
- Die verbindlich vorzuhaltende Personalbesetzung wird nicht in Form von Anhaltzahlen oder Betreuungsrelationen vorgegeben, sondern als Verpflichtung, bestimmte Verfahren der Personalbedarfsermittlung anzuwenden und die damit ermittelte Personalbesetzung auch tatsächlich vorzuhalten.
- Die Einhaltung der Vorgaben müssen alle Krankenhäuser regelmäßig gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachweisen.
- Die Daten über die Personalbesetzung und die Einhaltung oder Nichteinhaltung der vorgegebenen Besetzung werden von der Landesbehörde veröffentlicht, bspw. auf einer entsprechenden Internetseite.
- Wird die vorgegebene Personalbesetzung unterschritten, so greift ein gestuftes System staatlicher Maßnahmen zur Durchsetzung der Einhaltung der Vorgaben, das im Falle einer länger anhalten Unterbesetzung bis zur Herausnahme des Krankenhauses oder einer betroffenen Abteilung aus dem Krankenhausplan gehen kann.

Zentraler Hebel zur Durchsetzung der vorgegebenen Personalbesetzungsstandards ist in diesem Modell die Aufnahme bzw. Herausnahme des betreffenden Krankenhauses oder einer bestimmten einzelnen Abteilung aus dem Landeskrankenhausplan oder dem Hochschulverzeichnis. Mit der Herausnahme aus dem Plan oder dem Verzeichnis verliert das betreffende Krankenhaus zugleich das Recht, Versicherte der GKV zu Lasten der GKV zu versorgen und hat gegenüber den Krankenkassen keinen Anspruch auf Vergütungen für die erbrachten Leistungen. An der Versorgung von GKV-Versicherten könnte es danach nur noch teilnehmen, wenn es einen gesonderten Versorgungsvertrag mit den Kranken-

kassen abschließt. Dass Krankenkassen bereits wären, mit einer Klinik, die wegen Nichterfüllung vorgegebener Personalbesetzungsstandards aus dem Krankenhausplan oder dem Hochschulverzeichnis herausgenommen wurde, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, dürfte ausgesprochen unwahrscheinlich sein. Eine solche Ausweichstrategie könnte gegebenenfalls auch durch Einfügung einer entsprechenden Vorschrift in das SGB V unter-
sagt werden.

Wie oben bereits angesprochen, ist die Herausnahme aus dem Krankenhausplan jedoch eine sehr anspruchsvolle Entscheidung, da der entsprechende Feststellungsbescheid einer gerichtlichen Überprüfung standhalten müsste. Ein betroffenes Krankenhaus könnte gegen die Herausnahme klagen und die Landesbehörde müsste die Gründe der Herausnahme in vollem Umfang vor Gericht darlegen. Das Gericht würde über die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes entscheiden.

Ansatzpunkt für die Aufnahme in den Krankenhausplan, den Verbleib oder die Herausnahme wäre die Frage der Leistungsfähigkeit des einzelnen Krankenhauses. Sie muss gegeben sein, damit das jeweilige Krankenhaus von der Landesbehörde in den Plan aufgenommen werden oder im Plan verbleiben kann. Es dürfte kaum bestreitbar sein, dass eine sowohl in der Anzahl als auch der Qualifikation ausreichende Personalbesetzung zu den zentralen Merkmalen einer ausreichenden Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

Dass es einen Zusammenhang zwischen dem Umfang und der Art der Personalausstattung und der Patientengesundheit gibt, dürfte ebenso kaum zu bestreiten sein. Streitpunkt könnte allerdings die Frage sein, wo die Grenze zwischen ‚ausreichend‘ und ‚nicht ausreichend‘ zu ziehen ist. Diese Grenzziehung ist letztlich nicht wissenschaftlich zweifelsfrei aus empirischen Daten ableitbar, sondern ist und bleibt eine normative Entscheidung, die allerdings dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend und hinreichend gut begründet erfolgen sollte.

Eventuell könnte die Frage kontrovers diskutiert werden, ob dem Land die Kompetenz zusteht, die Einhaltung bestimmter Personalbesetzungsstandards als Kriterium für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan zu bestimmen. Immerhin hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass der zuständigen Landesbehörde bei der Entscheidung über die Aufnahme in den Krankenhausplan weder ein Planungs- noch ein Beurteilungsspielraum zusteht (BVerwGE 62, 86; 72, 38). Die Verneinung eines Entscheidungsspielraumes gilt allerdings nur für die zweite Stufe der Krankenhausplanung, in der der Verwaltung die Aufgabe zukommt, die im Krankenhausplan getroffenen Festlegungen in Verwaltungsakte umzusetzen. Dabei hat die Behörde als ausführende Verwaltung keinen Ermessensspielraum.

Auf der ersten Stufe der Krankenhausplanung verfügen die Länder nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts hingegen sehr wohl über eine „Gestaltungshoheit“ (BVerwGE

62, 86 [94]). Im Rahmen der Planaufstellung kommt den Ländern die Aufgabe zu, ihre planerischen Ziele festzulegen und dabei bestimmte Zielvorstellungen zu beschreiben, „die mit Hilfe des Einsatzes staatlicher Lenkungsmittel verwirklicht werden sollen“ (ebd.). Und hier könnte eine Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern ansetzen, indem im jeweiligen Landeskrankenhausgesetz als Ziel staatlicher Krankenhauspolitik die Gewährleistung einer ausreichenden Personalbesetzung in zugelassenen Krankenhäusern ausdrücklich benannt und beispielsweise die Rechtsgrundlage für eine konkretisierende Verordnung des Landes geschaffen wird, so wie es beispielsweise der oben vorgestellten Gesetzentwurf der hessischen SPD vorsieht.

Die Aufnahme von Vorgaben zur Strukturqualität und auch zur Prozessqualität in die Krankenhausplanung ist keineswegs ein vollkommen neuer Ansatz, sondern wird in unterschiedliche Regelungstiefe bereits in einigen Bundesländern praktiziert. Als Beispiel sei hier auf den Krankenhausplan NRW 2015 verwiesen, der an zahlreichen Stellen die Erfüllung definierter Qualitätsanforderungen zur Voraussetzung für die Aufnahme in bzw. den Verbleib im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen macht. Für Teilbereiche des Krankenhauses enthält der Plan auch zum Teil sehr konkrete Vorgaben zur Personalbesetzung. So wird beispielsweise für die Besetzung des Pflegedienstes von Intensivstationen vorgeschrieben, dass in der Regel in jeder Schicht für jeweils zwei Behandlungsplätze eine Pflegekraft erforderlich ist und unter bestimmten Bedingungen auch eine höhere Zahl an Pflegekräften eingesetzt werden soll:

„Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden.

Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil von mehr als 60%) der Patientinnen und Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z. B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus, die Begleitung von Transporten intensiv behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten. Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen“ (MGEPA 2014: 110)

Eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser allein über das Recht der Krankenhausplanung ist allerdings mit zwei schwerwiegenden Problemen verbunden. Zum einen liegt die Entscheidung, ob eine solche Regulierung erfolgen soll, bei der jeweiligen Landesregierung, es gäbe folglich weder eine bundesweit geltende noch eine bundesweit einheitliche Regulierung. Die Folge könnte ein ‚Flickenteppich‘ sein, bestehend aus Ländern mit und ohne Regulierung, und die in den regulierenden Ländern zur Anwendung kommenden Modelle könnten sehr unterschiedlich ausgestaltet sein.

Sicherlich wäre es aus Sicht der Befürworter einer Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern wünschenswert, eine solche Regulierung bundesweit einheitlich vorzunehmen. Die in diesem Kapitel vorgestellte Analyse führte jedoch zu dem Ergebnis, dass eine bundesweit geltende Regulierung im Rahmen des DRG-Systems in der Gestalt, dass Vergütungsabschläge im Fall der Nichteinhaltung von vorgegebenen Personalbesetzungsstandards erfolgen, keine methodisch überzeugende Lösung wäre. Wie bereits zuvor dargestellt, stünde dem Bund möglicherweise aber noch eine andere Regulierungsoption zur Verfügung, die im Folgenden näher erläutert werden soll. Es handelt sich dabei um die Nutzung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für die Vorgabe von verbindlich einzuhaltenden Personalbesetzungsstandards als Voraussetzung für die Kodierung bestimmter OPS-Kodes.

8 Die Aufnahme verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards in den OPS als möglicher Regulierungsansatz auf Bundesebene

Jeder DRG-Fallpauschale sind Diagnosen und Prozeduren mit ihren entsprechenden ICD- sowie OPS-Kodes hinterlegt. Diese Kodes müssen als vorhanden bzw. tatsächlich erbracht im Rahmen der so genannten Kodierung in die Gruppierungssoftware eingegebenen bzw. aus einer dort hinterlegten Liste ausgewählt werden, damit die jeweilige DRG abgerechnet werden kann. Der Prozess der Auswahl der für einen bestimmten Patienten abzurechnenden Fallpauschale hat so zu erfolgen, dass die bei diesem Patienten festgestellten Diagnosen sowie die für ihn erbrachten Leistungen einzeln in die jeweilige Gruppierungssoftware eingegeben werden und das Programm danach auf Grundlage dieser Eingaben die ‚richtige‘ im Sinne von ‚korrekterweise‘ abzurechnende DRG angibt.

Hier nun könnte sich ein möglicher Ansatz für eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst, aber auch für andere Berufsgruppen, bieten. Im OPS sind bereits an mehreren Stellen für bestimmte Prozeduren so genannte „Mindestmerkmale“ genannt, die erfüllt sein müssen, damit die entsprechende Prozedur kodiert werden darf (vgl. die Beispiele in Tab. 3 und 4). Bei mehreren Prozeduren sind als Mindestmerkmale auch Anforderungen an die vorzuhaltende Personalbesetzung insbesondere im ärztlichen Dienst, teilweise aber auch im Pflegedienst, genannt. Dies trifft bislang nicht nur auf Leistungen der hochaufwendigen Pflege zu, sondern auch auf Komplexbehandlungen sowie Teile der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.

Die im OPS festgelegten Anforderungen an die Personalbesetzung beziehen sich zumeist auf bestimmte geforderte Qualifikationen. Wenn aber beispielsweise für die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-980) eine ständige ärztliche Anwesenheit gefordert wird, so impliziert dies die Vorhaltung einer bestimmten Anzahl an Ärzten, die erforderlich ist, um diese ständige Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleisten zu können. Ist diese Anforderung nicht erfüllt, darf ein Krankenhaus diese Prozedur nicht mit dem OPS 8-980 kodieren und folglich auch nicht all diejenigen DRG-Fallpauschalen den Krankenkassen in Rechnung stellen, die mit diesem Kode hinterlegt sind.

Wie bereit zuvor erwähnt, liegt hierzu ein Urteil des Bundessozialgerichts vor, das in mehrfacher Hinsicht für die Frage einer Regulierung der Personalbesetzung über eine entsprechende Ausgestaltung des OPS von Relevanz sein könnte (BSG 2013). In dem zugrunde liegenden Rechtsstreit zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenkasse ging es um die Frage, ob eine Kürzung der Vergütung zulässig ist, wenn die im OPS 8-980 geforderte ständige ärztliche Anwesenheit nicht als strukturelle Voraussetzung für die Er-

bringung dieser Leistung erfüllt ist. Das BSG stellte in seiner Entscheidung fest, dass die von der Krankenkasse vorgenommene Vergütungskürzung zulässig war. Der MDK hatte nach Prüfung des Krankenhauses in einem Gutachten festgestellt, dass eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der betreffenden Intensivstation aufgrund der Organisation des ärztlichen Dienstes nicht gewährleistet war. Für die Zeit vor 8:00 Uhr und nach 16:30 Uhr erfolgte die ärztliche Betreuung lediglich im Rahmen eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Stufe D für die gesamte Abteilung der Inneren Medizin einschließlich der Intensivstation. Da somit eine ständige ärztliche Anwesenheit als „strukturelle Abrechnungsvoraussetzung“ nicht gegeben war, sei „die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung von vornherein ausgeschlossen“ (BSG 2013: RdNr. 21) gewesen und hätte das Krankenhaus die betreffende Fallpauschale folglich nicht abrechnen dürfen.

Das Krankenhaus hatte in seiner Klage die Auffassung vertreten, das Deutsche Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) sei nicht berechtigt, derartige Anforderungen an die Strukturqualität als Voraussetzung für die Kodierung einzelner OPD-Kodes festzulegen. Dies sei allein dem G-BA vorbehalten. Hierzu stellte das BSG eindeutig klar, dass das DIMDI sehr wohl berechtigt sei, Voraussetzungen für die Verschlüsselung von Prozeduren zu bestimmen.

Vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung könnte sich möglicherweise die Option einer Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser – sowie auch anderer Dienstarten wie bspw. des ärztlichen Dienstes – eröffnen. Wie gezeigt wird der OPS bereits in Teilbereichen für eine solche Regulierung genutzt. Die zentrale zu klärende Frage wäre, ob der OPS auch für eine generelle staatliche Regulierung der Personalbesetzung einsetzbar ist.

Ein den OPS nutzendes System staatlicher Regulierung der Personalbesetzung könnte gegebenenfalls aus zwei wesentlichen Elementen bestehen:

- Bundesweit vorgegebene verbindlich anzuwendende Verfahren der Ermittlung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung für verschiedene Bereiche wie den allgemeinen Pflegedienst, Intensivstationen sowie die psychiatrische und psychosomatische Versorgung und
- die Erweiterung entsprechender OPS-Kodes um die Vorgabe, dass die Vorhaltung der mit diesen Verfahren ermittelten Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals „Mindestmerkmale“ sind, die für eine Kodierung der betreffenden Leistungen vorhanden sein müssen.

Es wäre zu prüfen, in welche OPS-Kodes eine entsprechende Erweiterung aufgenommen werden müsste. Als Grundsatz könnte gelten, dass alle Leistungen, deren Erbringung eine sowohl in Anzahl als auch Qualifikation ausreichende Personalbesetzung erfordern, um

entsprechende Mindestmerkmale erweitert werden müssten. Der mit einer Überarbeitung des OPS verbundene Aufwand könnte vermutlich dadurch reduziert werden, dass in der Regel eine Art ‚Standardformulierung‘ genutzt wird, von der Abweichungen möglich sind, sofern dies aus fachlichen Gründen als sinnvoll erachtet wird. Fachgebietsspezifische Angaben zur Anzahl des Personals wären nicht erforderlich, da sie sich aus der Anwendung der vorgegebenen Verfahren zur Personalbedarfsermittlung ergeben. Lediglich spezifische qualifikatorische Anforderungen könnten fachgebietsspezifisch festgelegt werden, so wie dies auch bereits heute in einigen OPS-Kodes der Fall ist.

Tab. 3: Komplexbehandlung (Auszüge aus dem OPS Version 2014)

OPS-Kode	Definition	Mindestmerkmale: Personalbesetzung
8-974	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung
8-975	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung mindestens drei der folgenden Berufsgruppen angehören: Physiotherapeuten/ Krankengymnasten/Masseure/Medizinische Bademeister/Sportlehrer, Ergotherapeuten, Psychologen, Ökotrophologen/Diätassistenten, Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten Naturheilkundliche erweiterte Pflege durch fachkundiges Pflegepersonal
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Neurologie) Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	<ul style="list-style-type: none"> Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch

		<p>einen Facharzt für Neurologie mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12- stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24- stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
8.983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie)
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG")
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z.B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) unter Leitung eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Arztes mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerzthera-

		<p>pie oder eines Facharztes für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch- psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z.B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Arztes für Psychiatrie und Psychotherapie)</p>
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie)
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsleitung durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie oder durch einen Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen in Kooperation mit einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie • 24-stündige Verfügbarkeit (mindestens durch Rufbereitschaft) eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie • Durchführung der Behandlung unter der Leitung von Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Teamintegrierte Behandlung unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich) • Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen. Sofern diese nicht vorliegen, ist zur Aufrechterhaltung bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2014 eine 2-jährige Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung ausreichend
8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	<p>Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurolo-</p>

		<p>gische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	<ul style="list-style-type: none"> • Die patientennahe Pflege erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote Übergangsweise bis zum Jahresende 2015 eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend • Die Behandlung erfolgt auf einer für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen spezialisierten Einheit unter fachärztlicher Behandlungsleitung: Leitung und Stellvertretung werden entweder durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische Intensivmedizin wahrgenommen oder durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin und einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen • Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung (Monitoring von mindestens folgenden Parametern: Herzfrequenz, EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Urinausscheidung) und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen • Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Ein-

		<p>richtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24- stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7- stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit • Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6- monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen • Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin", der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt • Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden

Quelle: DIMDI, OPS 2014

Tab. 4: Pflege und Versorgung von Patienten

Hochaufwendige Pflege (Auszüge aus dem OPS Version 2014)

9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	<ul style="list-style-type: none"> • Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht
9-201	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen	<ul style="list-style-type: none"> • Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht
9-202	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern	<ul style="list-style-type: none"> • Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht

Quelle: DIMDI, OPS 2014

Das vorstehend skizzierte Regulierungsmodell hätte aus politischer Sicht einen nicht zu unterschätzenden Vorteil. Während eine Beauftragung des G-BA mit dem Risiko verbunden wäre, dass eine Regulierung durch Widerstand eines oder mehrerer Spitzenverbände blockiert wird, wäre der Bund bei diesem Regulierungsansatz weitgehend autonom. Das mit der Überarbeitung des OPS zu beauftragende DIMDI ist ein Institut des Bundes und dem BMG unmittelbar unterstellt. Mit der Erarbeitung verbindlich anzuwendender Verfahren der Personalbedarfsermittlung könnte der Bund von ihm einberufene und zusammengesetzte Expertengruppen beauftragen, und der Bund könnte diese Regelungen durch eigene Verordnungen – gegebenenfalls mit Zustimmung des Bundesrates – in Kraft setzen.

Aus Sicht der Länder könnte ein solcher Weg allerdings durchaus problematisch erscheinen, da sie in einem zentralen Bereich der Gestaltung der Krankenhausversorgung dem Bund weitreichende Regulierungsbefugnisse einräumen würden. Von Vorteil für die Länder könnte allerdings darin liegen, dass sie nicht selbst entsprechende Regulierungen vornehmen und die zu erwartenden politische Widerstände überwinden müssten. Aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger hätte eine Regulierung auf Bundesebene den Vorteil, dass es bundesweit einheitlich geltende Vorschriften gibt und keinen ansonsten möglicherweise zu erwartenden ‚Flickenteppich‘ unterschiedlicher Regulierungen oder auch Nicht-Regulierungen.

Ein solcher Regulierungsansatz wäre allerdings ein durchaus ‚radikaler‘ Weg. Während ein System von Vergütungsabschlägen im Falle der Nichterfüllung vorgegebener Personalbesetzungsstandards ‚nur‘ mit dem Risiko teilweiser Erlösausfälle verbunden ist, würde das vorstehend skizzierte System dazu führen, dass im Falle der Nichteinhaltung vorgegebener „Mindestmerkmale“ im OPS entsprechende Leistungen überhaupt nicht vergütet werden. Aber wie auch bei anderen Regulierungsansätzen könnte ein solches Regulierungssystem nur stufenweise eingeführt werden und bedürfte einer auch für die Krankenhäuser befriedigenden Regelung der Finanzierung anfallender Personalkosten. Die Notwendigkeit einer Übergangsphase sowie die Klärung der Frage der Finanzierung stellt sich letztlich bei allen bisher diskutierten Regelungsansätzen.

Da es sich bei der Frage der Finanzierung um eine sehr zentrale Frage handelt, soll sie im nachfolgenden Kapitel gesondert diskutiert werden.

9 Zur Frage der Finanzierung von Personalbesetzungsstandards

Eine zentrale Frage in der Diskussion über staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung in Krankenhäusern ist sicherlich die nach der Finanzierung vorgegebener Personalbesetzungsstandards.

Aus Sicht der Krankenhäuser dürfte es kaum akzeptabel sein, wenn der Staat von Kliniken die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards verlangt, ohne die Finanzierung der daraus resultierenden Personalkosten über das Vergütungssystem zu gewährleisten (vgl. hierzu u.a. Baum 2014). Die Frage wäre folglich zu klären, ob das gegenwärtige Vergütungssystem die Finanzierung geplanter Personalbesetzungsstandards gewährleistet. Dazu wiederum müssten diese Standards bekannt sein, um gegebenenfalls eine Modellrechnung zur Ermittlung der zu erwartenden Gesamtkosten durchführen zu können. Ohne vorherige Festlegung der Personalbesetzungsstandards wäre eine halbwegs zuverlässige Abschätzung der aus der Einhaltung dieser Standards resultierenden Kosten nicht möglich.

Es müsste somit zunächst entschieden werden, welche Maßstäbe für die Bestimmung der verbindlich einzuhaltenden Personalbesetzungsstandards gelten sollen. Im Falle des Pflegedienstes auf Normalstationen könnte es beispielsweise eine überarbeitete und den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen angepasste PPR sein. Für Intensivstationen müssten entsprechende Maßstäbe und ein Verfahren der Berechnung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung noch festgelegt werden. Für die Psychiatrie steht die Psychiatrie-Personalverordnung zur Verfügung, die allerdings mittlerweile ca. 25 Jahre alt ist und gegebenenfalls auch überarbeitet werden müsste.

Wenn die entsprechenden Standards feststehen, könnte in einer Pilotstudie ermittelt werden, wie hoch der mit diesem Verfahren ermittelte Personalbedarf ist. Auf Grundlage der Differenz zwischen tatsächlicher Personalbesetzung in ausgewählten Pilot-Krankenhäusern und dem neu ermittelten Personalbedarf könnte daran anschließend mit Hilfe einer Hochrechnung eine Abschätzung der zu erwartenden bundesweiten Mehrkosten erfolgen.

Im Falle des Pflegedienstes erscheint es bereits jetzt absehbar, dass die Einführung von Personalbesetzungsstandards, beispielsweise einer überarbeiteten und modernisierten PPR, in zahlreichen Krankenhäusern zu einem Personalbedarf führen würde, der deutlich über der gegenwärtigen Personalbesetzung liegt.

Geht man einmal davon aus, mit der Einführung von Personalbesetzungsstandards solle in einem ersten Schritt lediglich die Personalbesetzung des Jahres 1995 wieder erreicht werden, und dies würde gegenwärtig die Einstellung von ca. 37.000 zusätzlichen Vollkräf-

ten erfordern, so ergäbe dies unter Zugrundelegung durchschnittlicher Personalkosten im Pflegedienst von ca. 52.000 Euro je Vollkraft⁷ eine Gesamtsumme von ca. 1,9 Mrd. Euro. Die viel Konfliktstoff bergende Frage wäre sicherlich, wer diese Mehrkosten tragen soll. Für die Entscheidung könnte die Frage nach den Ursachen des Stellenabbaus und bestehender Unterbesetzungen im Pflegedienst der Krankenhäuser eine Orientierung bieten. Wie an früherer Stelle der vorliegenden Studie dargelegt, haben vor allen Budgetdeckung und Budgetkürzungen seit 1996 und die Einführung des DRG-Systems zu Kostensenkungen in Krankenhäusern gezwungen und waren damit auch Anlass für Stellenabbau im Pflegedienst. Darüber hinaus erfolgte ein erheblicher Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst offenbar aber auch für Zwecke einer internen Umschichtung von Finanzmitteln. Personalkosten des Pflegedienstes wurden gesenkt, um Mittel insbesondere für die Finanzierung zusätzlicher Arztstellen und steigender Personalkosten im ärztlichen Dienst sowie für die Finanzierung dringend notwendiger aber nicht vom Land geförderter Investitionen freizusetzen.

Geht man davon aus, dass der Stellenabbau und die dadurch bewirkte Unterbesetzung im Pflegedienst zahlreicher Krankenhäuser nicht nur eine Ursache hat, sondern mehrere, so wäre es naheliegend, die Mehrkosten aufgrund der Einführung verbindlicher Personalbesetzungsstandards ‚verursachungsgerecht‘ auch auf mehrere Finanzierungsträger zu verteilen. Dies wären nach der oben stehenden Ursachenbenennung drei Beteiligte:

- Kostenträger (unzureichende Vergütungen)
- Länder (unzureichende Investitionsförderung) und
- Krankenhäuser (interne Umschichtung zu Lasten des Pflegedienstes)

Auch wenn eine ‚verursachungsgerechte‘ Aufteilung der zu erwartenden Mehrkosten nicht zweifelsfrei zu berechnen ist, so dürfte eines deutlich sein: Wenn Stellenabbau und Unterbesetzung nicht nur mit einer Ursache zu erklären sind, wäre es kaum vermittelbar, die zu erwartenden Mehrkosten allein von einem Finanzierungsträger aufbringen zu lassen, seien es nun die Krankenhäuser oder die Krankenkassen. Und wenn auch die Unterdeckung des Investitionsbedarfs durch Bundesländer mit verantwortlich für den Stellenabbau zu machen ist, müssten auch die Bundesländer ihren Teil zur Finanzierung der Mehrkosten beitragen, indem sie ihre Investitionsförderung erhöhen, um sie dem tatsächlichen Investitionsbedarf anzupassen. Da es bei der Höhe der Investitionsförderung deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bundesländern gibt, würde die mögliche Belastung der Länder entsprechend ihrer unterschiedlichen Förderpolitik auch unterschiedlich hoch ausfallen. Bundesländer mit relativ hoher und über die Jahre verlässli-

⁷ einschl. so genannter Personalnebenkosten wie Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung etc.

cher Investitionsförderung wären weniger gefordert als Länder, die ihre Investitionsförderung in den letzten Jahren überproportional stark abgebaut haben.

Wichtig wäre sicherlich auch, den Finanzierungsanteil der Krankenkassen durch eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zu finanzieren. Ansonsten wären die einzelnen Kassen gezwungen, Mehrausgaben für eine bessere Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser über einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu decken. Da Zusatzbeiträge mit dem Risiko von Mitgliederabwanderungen verbunden sind, dürfte die Verpflichtung zur Übernahme zusätzlicher Ausgaben für eine bessere Personalausstattung der Krankenhäuser ohne Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes sicherlich auf sehr starken Widerstand der Kassen treffen.

Sollte ein politischer Kompromiss über die Verteilung der Finanzierungslasten für eine Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst erreichbar sein, bliebe das Problem, wie die zusätzlichen Mittel bedarfsgerecht auf die Krankenhäuser verteilt werden sollen. Wie dargelegt, bietet das DRG-System und die ihm zugrunde liegende Kalkulationsmethodik keine geeignete Grundlage für eine am Pflege- oder Personalbedarf orientierte Mittelverteilung.

Als einfachste Lösung könnte erscheinen, die entsprechend einer politisch vereinbarten Aufteilung der Mehrkosten zu tragenden Mehraufwendungen für eine Anhebung der Landesbasisfallwerte zu verwenden. Dagegen könnte jedoch eingewendet werden, dass eine solche Verteilung nicht sicherstellen könnte, dass die Mittel auch tatsächlich für die Schaffung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst bzw. die Finanzierung von Personalkosten im Pflegedienst verwendet werden. Dies ist einer der zentralen Kritikpunkte an der Verwendung vorheriger Mittel des Pflegeförderprogramms für die Anhebung von Landesbasisfallwerten (GKV-Spitzenverband 2013a).

Eine solche Anforderung wäre an ein Finanzierungsmodell in dem hier diskutierten Fall jedoch nicht zu stellen. Denn anders als bei der ‚Einpreisung‘ von Mitteln des Pflegeförderprogramms in die Landesbasisfallwerte, wäre das hier skizzierte Finanzierungsmodell ‚flankiert‘ von der verbindlich einzuhaltenden Vorgabe von Personalbesetzungsstandards. Zentraler Hebel zur Verbesserung der Personalbesetzung wäre nicht das Vergütungssystem, sondern die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards. Die Bereitstellung zusätzlicher Mittel hätte lediglich die Funktion, den Krankenhäusern die erforderlichen Mittel zur Einhaltung der Vorgabe zur Verfügung zu stellen. Nach Inkrafttreten verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards bedürfte es auch keines Testats eines Wirtschaftsprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung, um sicherzustellen, dass die Mittel auch tatsächlich für die Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden. Die

Überwachung der Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandard würde unabhängig vom Vergütungssystem in einem eigenen Überwachungssystem erfolgen.

Die Bereitstellung zusätzlicher Mittel über eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte wäre vermutlich auch gut kombinierbar mit den beiden oben beschriebenen Regulierungsmodellen, einer Regulierung über die Krankenhausplanung oder einer Regulierung über die Vorgabe von Personalbesetzungsstandards im OPS.

Im Falle einer Regulierung im Rahmen des Krankenhausplanungsrechts der Länder könnte im Krankenhausfinanzierungsrecht festgelegt werden, dass eine entsprechende Erhöhung der Landesbasisfallwerte nur dann erfolgt, wenn das jeweilige Bundesland die Einhaltung definierter Personalbesetzungsstandards für alle zugelassenen Krankenhäuser für verbindlich erklärt und ein System zur Überwachung der Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards geschaffen hat. Im Falle einer Nutzung des OPS würde die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards für alle zugelassenen Krankenhäuser gelten, die Nichteinhaltung hätte zur Folge, dass keine DRGs abgerechnet werden können.

Wie dargelegt, würde in dem Modell einer ‚verursachungsgerechten‘ Aufbringung der erforderlichen Mehrkosten der Anteil der Kostenträger jedoch nicht ausreichen. Auch die Bundesländer wären in der Pflicht, ihre Investitionsförderung zu überprüfen und entsprechend des Investitionsbedarfes zu erhöhen, um ihren Beitrag zu einer Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst zu leisten.

Es bliebe noch der in dem oben skizzierten Modell enthaltene Anteil der Krankenhäuser, den sie selbst tragen müssten. Dieser Anteil wird jedoch im Falle der Einführung von Personalbesetzungsstandards je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich ausfallen. Er wird abhängig sein um Umfang der Unterbesetzung. Kliniken, die in den letzten Jahren viele Stellen abgebaut haben, um die dadurch gewonnenen Mittel für andere Zwecke einzusetzen, werden einen höheren Anteil aufbringen müssen, als solche Kliniken, die sich bewusst gegen einen Stellenabbau entschieden haben. Und Kliniken, die zur Verbesserung ihrer Rendite und Steigerung ihrer Attraktivität für den Kapitalmarkt überproportional Personal abgebaut haben, werden Einbußen bei ihrer Rendite hinnehmen müssen und weniger an ihre Aktionäre ausschütten können oder gegebenenfalls auch Kredite aufnehmen müssen, um die geforderte Personalbesetzung vorhalten zu können.

An diesem Punkt zeigt sich ein durchaus nicht unwichtiger ‚Begleiteffekt‘ der Einführung von allgemein verbindlichen Personalbesetzungsstandards: Es ist auch eine Maßnahme zur Herstellung bzw. Sicherstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen. Bisher können Kliniken, die bei den Personalkosten überdurchschnittlich sparen und Stellen abbauen, Kostenvorteile gegenüber Kliniken erzielen, die sich gegen überproportionalen Stellenabbau entscheiden. Anders formuliert: Im gegenwärtigen System setzt sich eine Klinik, die

eine bedarfsgerechte Personalbesetzung vorhält, einem Kostenrisiko aus und kann unter Umständen dringend notwendige Investitionen nicht finanzieren. In einem System vorgegebener Personalbesetzungsstandards, deren Einhaltung überwacht und deren Unterschreitung öffentlich gemacht wird, können sich Wettbewerbsvorteile dadurch ‚umkehren‘, dass Kliniken mit einer bedarfsgerechten Personalbesetzung erkennbar werden ebenso wie unterbesetzte Kliniken.

10 Schlussbetrachtung

Die gegenwärtige Diskussion über eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser hat bei genauerer Betrachtung eine mehrere Jahrzehnte lange Vorgeschichte, die mindestens bis in die 1980er Jahre und die Zeit der so genannten ‚Anhaltzahlen‘ zurückreicht. Bereits 1981 wurde in das Krankenhausfinanzierungsgesetz der Auftrag aufgenommen, neue Maßstäbe für die Personalbedarfsermittlung und Personalbemessung zu entwickeln (§ 19 KHG). Die damit beauftragten Spitzenverbände der Krankenhaus- und der Krankenkassenseite konnten sich jedoch in über 50 Verhandlungsrunden nicht auf eine gemeinsame Empfehlung einigen, und so war gemäß § 19 KHG die Bundesregierung in der Pflicht, solche Maßstäbe festzulegen. Sie beauftragte interessenunabhängige Expertengruppen mit der Erarbeitung neuer Maßstäbe und Verfahren der Personalbedarfsermittlung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Expertengruppen wurde 1991 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und 1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) in Kraft gesetzt.

Während die Psych-PV bis heute in Kraft ist, wurde die PPR bereits vor dem Abschluss einer vorgesehenen vierjährigen Übergangsphase im Jahr 1995 wieder ausgesetzt und 1996 schließlich vollständig aufgehoben. Unmittelbar nach ihrer Aufhebung setzte ein Stellenabbau ein, der bis 2007 zum Abbau von ca. 52.200 Vollkräften in den Krankenhäusern führte, darunter ca. 47.600 Vollkräfte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Nachdem die daraus resultierende steigende Arbeitsbelastung und zunehmende Überlastung von Pflegepersonal Gegenstand der Medienberichterstattung geworden war und eine zentrale Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten gegen die zunehmende Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen im September 2008 stattgefunden hatte, beschloss der Bundestag Anfang 2009 ein Pflege-Förderprogramm. Es sah die Finanzierung von 90 % der Personalkosten zusätzlich eingesetzter Pflegefachkräfte durch die Krankenkassen in den Jahren 2009, 2010 und 2011 vor. Ausgehend von der politischen Entscheidung, bis zu 660 Mio. Euro dafür zur Verfügung zu stellen, hätten auf Grundlage des Programms insgesamt bis zu ca. 17.000 zusätzlich Vollkräfte finanziert werden können. Eine vollständige Umsetzung dieser Zielsetzung hätte sicherlich zu einer Verbesserung der Situation in zahlreichen Kliniken geführt. Verglichen mit den ca. 47.600 seit 1996 abgebauten Stellen kann ein Zuwachs von maximal 17.000 Vollkräften jedoch nicht als ausreichend gelten.

Aber selbst dieses Ziel wurde nicht erreicht. An dem Programm nahmen nur knapp 80 % der Krankenhäuser teil, und bis Ende 2011 wurde zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen die Einstellung von zusätzlichen Pflegefachkräften im Umfang von lediglich ca.

15.300 Vollkräften vereinbart. Durch die vom Gesetz geforderten Testate von Jahresabschlussprüfern war bis Mitte 2013 nur die Einstellung von ca. 13.600 Vollkräften nachgewiesen.

Die amtliche Krankenhausstatistik weist für die Jahre 2009-2011 im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser allerdings nur einen Zuwachs von ca. 8.200 Vollkräften aus. Es bleibt gegenüber der Zahl vereinbarter zusätzlicher Stellen eine Differenz in Höhe von ca. 7.100 Vollkräften. Diese Differenz lässt im Grunde nur zwei Erklärungen zu: entweder wurden parallel zum Pflege-Förderprogramm weitere Stellen in erheblichem Umfang abgebaut oder ein wesentlicher Teil der Fördermittel wurde für die Einstellung von Pflegefachkräften im Funktionsdienst verwendet (OP, Anästhesie, Ambulanz etc.). Die Verwendung der Mittel für den Funktionsdienst war zwar mit den gesetzlichen Vorschriften vereinbar, entsprach aber nicht der Intention des Programms, das zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst, also auf den Stationen, dienen sollte.

Nach 2011 sollten die Mittel des Förderprogramms in das DRG-System überführt und zur Finanzierung hochaufwendiger Pflege eingesetzt werden. Das dazu entwickelte System aus Pflege-Komplexmaßnahmenscores (PKMS) und Zusatzentgelten lief offensichtlich jedoch weitgehend ins Leere. Nach den Abrechnungsdaten der GKV erfüllten 2012 lediglich 0,8 % der Krankenhauspatienten die Kriterien des PKMS.

Durch Zusatzentgelte für lediglich 0,8 % der Patienten ist das verfügbare Finanzvolumen des Förderprogramms aber nicht auszuschöpfen. Vor diesem Hintergrund wurde denn auch zwischen Krankenhausträgerverbänden und GKV vereinbart, dass der überwiegende Teil des Finanzvolumens, im Bundesdurchschnitt a. 60 %, für eine Anhebung der Landesbasisfallwerte verwendet wird. Damit fließen diese Mittel aber allen Krankenhäusern zu, unabhängig davon ob sie zusätzliches Pflegepersonal eingestellt haben oder einstellen. Und es erhalten folglich auch Kliniken zusätzliche Mittel, die Pflegepersonal abgebaut haben oder abbauen.

Als Fazit ist somit festzustellen, dass die bisherigen politischen Lösungen zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser unzureichend waren und weitgehend ins Leere liefen.

Vor diesem Hintergrund wird gegenwärtig im Rahmen der Vorbereitung einer für 2015 geplanten Krankenhausreform geprüft, ob und wie eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung erfolgen kann und soll. Unter dem Leitbegriff einer ‚Mindestpersonalbesetzung‘ haben sich mehrere Akteure der Gesundheitspolitik für eine staatliche Regulierung und Vorgabe verbindlich einzuhaltender Personalbesetzungsstandards ausgesprochen. Die Regierungskoalition aus CDU/CSU und SPD hat in ihre Koalitionsvereinbarung die Ankündigung aufgenommen, die neue Bundesregierung werde sich ihren Möglichkeiten entsprechend für die Vorgabe von Mindestpersonalbesetzungen einsetzen.

Die eher vorsichtige und verhaltende Formulierung im Koalitionsvertrag deutet darauf hin, dass sich die Gesundheitspolitiker der Koalition bei der Formulierung des Vertrages der besonderen Schwierigkeiten einer solchen staatlichen Regulierung bewusst waren. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlaubt es nicht, alle Krankenhäuser durch Gesetz oder Verordnung unmittelbar zur Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards zu verpflichten.

Der Bund könnte allerdings den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, auf Grundlage des § 137 SGB V eine entsprechende Richtlinie zur Personalbesetzung des Pflegedienstes zu beschließen. Ein solcher Weg erscheint angesichts der bisherigen, überwiegend wenig überzeugenden Richtlinien des G-BA zu diesem Thema allerdings nicht empfehlenswert. Seit 2002 ist der G-BA bzw. sein Vorläufergremium mit der Vorgabe von Richtlinien zu Mindestanforderungen insbesondere an die personelle Besetzung der Krankenhäuser beauftragt. Aufgrund der tief greifenden Interessengensätze vor allem zwischen der Krankenhaus- und der Krankenkassenseite, wurden bislang aber nur sehr wenige Richtlinien beschlossen, die zudem nur für relativ kleine Behandlungsbereiche gelten. Von diesen Richtlinien können nur die ab 2017 geltenden Regelungen zur Personalbesetzung neonatologischer Intensivstationen wirklich überzeugen.

Sollen sachgerechte Regulierungen der Personalbesetzung erarbeitet werden, so ist zu empfehlen, dass dies ähnlich wie bei der Psych-PV und der PPR durch interessenunabhängige Expertengruppen erfolgt.

Auf der Länderebene würde sich die Möglichkeit bieten, im Rahmen der Krankenhausplanung die Einhaltung vorgegebener Personalbesetzungsstandards zur Bedingung für die Aufnahme in den oder den Verbleib im Krankenhausplan zu machen. Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan entscheidet die zuständige Landesbehörde zugleich auch über die Zulassung des Krankenhauses zur Versorgung von GKV-Versicherten und damit über die wirtschaftliche Existenzfähigkeit der Klinik. Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist eine ausreichende Leistungsfähigkeit des Krankenhauses, von der sich die Landesbehörde zu überzeugen hat. Eine sowohl in der Anzahl als auch der Qualifikation ausreichende Personalbesetzung dürfte ohne Zweifel zu den zentralen Kriterien der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zählen. Insofern wären die Länder nicht nur legitimiert, sondern im Grunde auch verpflichtet, Vorgaben zur Personalbesetzung zu machen, deren Einhaltung Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. den Verbleib im Plan ist. Ein entsprechendes Regulierungsmodell hat die hessische SPD-Landtagsfraktion mit ihrem Entwurf eines neuen Landeskrankenhausgesetzes bereits 2013 vorgelegt.

Eine Regulierung der Personalbesetzung durch Landesrecht kann jedoch das Problem der Finanzierung vorgegebener Personalbesetzungsstandards nicht lösen. Krankenhausfinan-

zierungsrecht ist Bundesrecht. Ohne eine auch für die Krankenhäuser befriedigende Lösung des Finanzierungsproblems läuft eine Regulierung jedoch Gefahr, Vorgaben zu machen, die nicht ausreichend durch Vergütungen refinanzierbar sind. Insofern erscheint eine wirksame staatliche Regulierung der Personalbesetzung nur im Rahmen eines kombinierten Regulierungsmodells erfolgversprechend, das Regelungen sowohl im Bundesrecht (Finanzierung) als auch im Landesrecht (Krankenhausplanung) vorsieht.

Eine Regulierung durch die Bundesländer wäre zudem mit dem Risiko verbunden, dass nicht alle Länder eine Regulierung vornehmen und die Länder, die Personalbesetzungsstandards vorgeben, unterschiedliche Modelle verwenden. Die Folge könnte ein bundesweiter ‚Flickenteppich‘ aus Ländern mit und ohne Regulierung sein sowie sehr unterschiedlichen Regulierungsmodellen sein.

Insofern wäre eine bundeseinheitliche Regulierung sicherlich erstrebenswert. Die von mehreren Akteuren präferierte Nutzung der DRG-Kalkulationsdaten für eine solche Regulierung erscheint aus mehreren Gründen problematisch und wenig überzeugend. Als Alternative könnte sich anbieten, den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) als eine Art ‚Hebel‘ zu nutzen. Bereits heute enthalten mehrere OPS-Kodes so genannte „Mindestmerkmale“, die erfüllt sein müssen, damit der entsprechende OPS-Kode verschlüsselt werden darf. Unter diesen Mindestmerkmalen finden sich auch bereits in mehreren OPS-Kodes Vorgaben zur Personalbesetzung. Werden diese nicht eingehalten, darf der Code nicht verschlüsselt werden. Da das DRG-Fallpauschalensystem bei der Definition der zu einer DRG gehörenden Leistungen die OPS-Kodes nutzt, hat die Festlegung von Mindestmerkmalen der Personalbesetzung im OPS unmittelbare Auswirkungen auf die Abrechnungsfähigkeit erbrachter Leistungen. Ohne die Erfüllung der im OPS festgelegten Mindestmerkmale darf die entsprechende DRG-Fallpauschale nicht in Rechnung gestellt werden. Ein Regulierungsmodell auf Bundesebene, das den OPS für die Durchsetzung von Personalbesetzungsstandards nutzt, könnte aus zwei zentralen Kernelementen bestehen: Mehreren bundesweit geltenden Verfahren der Personalbedarfsermittlung, die durch Verordnungen des Bundes als verbindlich anzuwenden vorgegeben werden, und als zweites Element eine Überarbeitung des OPS, durch die als Mindestmerkmal in den OPS aufgenommen wird, dass die mit den verbindlich anzuwendenden Verfahren der Personalbedarfsermittlung ermittelte Zahl an Vollkräften vorzuhalten ist.

Ob ein solches Regulierungsmodell tatsächlich funktionsfähig ist, bedarf weiterer Diskussionen und fachlicher Prüfungen. Sollte es sich dabei als funktionsfähig erweisen, wäre es ein relativ einfach zu konstruierendes Regulierungssystem mit einem sehr wirksamen Sanktionsmechanismus, das zudem bundesweit gelten würde. Die Länder würden nicht mit der Notwendigkeit konfrontiert, jeweils eigene Regelungen zu schaffen, denn es gäbe

eine Regelung für alle für die Versorgung von GKV-Versicherten zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland.

Noch aber ist die Diskussion noch nicht so weit vorangeschritten, dass nur noch über die konkrete Ausgestaltung eines System staatlicher Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu entscheiden wäre. Zwar ist der politische Wille zu einer Regulierung offenbar bei relevanten Teilen der Gesundheitspolitik vorhanden, es gibt aber auch erhebliche Widerstände gegen ein solches Vorhaben und grundsätzliche Kritik daran. Von daher ist zunächst noch die Diskussion zu führen, ob überhaupt eine staatliche Regulierung notwendig ist.

Aber auch bereits in einer solchen Phase wird sicherlich die Frage aufgeworfen, ob – wenn es denn eine Regulierung geben soll – eine solche überhaupt technisch realisierbar wäre und wie ein mögliches Regulierungsmodell aussehen könnte. Insofern erscheint es sinnvoll, bereits frühzeitig auch mögliche Regulierungsmodelle zu suchen, zu erörtern und zu prüfen. Das vorliegende Papier folgt dem Ziel, argumentative Unterstützung für diese anstehenden Diskussionen und Entscheidungen zu bieten. Dort wo es mögliche Regulierungsmodelle vorstellt und diskutiert, folgt es keinesfalls dem Anspruch, bereits fertige Lösungen bieten zu können. Es kann und soll nichts anderes sein, als ein Diskussionsbeitrag, der hoffentlich die eine oder andere hilfreiche Anregung geben kann.

11 Literatur

- Alber, Jens (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Jg. 1, Heft 3, S. 335-362.
- APK, Aktion Psychisch Kranke e.V. (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Online verfügbar unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/43/05/00/Publikation_PschPV.pdf (21.07.2008).
- Bartholomeyczik, Sabine (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, S. 83-99.
- Baum, Georg (2014): Editorial. Spannungsfeld Tariffensive – Qualitätsoffensive. In: Das Krankenhaus, Jg. 106, Heft 3, S. 181.
- Baum, Georg; Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 5, S. 449-460.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1985): Verfahren zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern (PBEV). Abschlussbericht. Band I. Bonn.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2008): Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierung. Drei Milliarden Euro mehr Geld für Krankenhäuser. Pressemitteilung vom 24. September 2008. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2008/Presse-3-2008/pm-24-09-2008.html?_nnn=true (25.09.2008).
- Bölke, Günter (1981): Der Personalmiteinsatz im Krankenhaus nach dem Ergebnis von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In: Das Krankenhaus, Jg. 73, Heft 6, 7, S. 209-217, 258-265.
- BSG, Bundessozialgericht (2013): Abrechnung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung, Urteil vom 18.7.2013, B 3 KR 25/12 R. Online verfügbar unter: <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&sid=17d44dd04bdde4bda02b09abfbbcda41&nr=13167&linked=urt> (8.12.2013).
- Bundesrat (2013): Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser. BR-Drs. 295/13 vom 03.05.2013.
- CDHS, California Department of Health Services (2004): Nurse-to-Patient Staffing Ratio Regulations. Online verfügbar unter: <http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Pages/N2PRegulations.aspx> (28.08.2008).
- CDU/CSU/SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Online verfügbar unter: http://www.spd.de/linkableblob/112790/data/20131127_koalitionsvertrag.pdf (28.11.2013).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007): Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege. Pressemitteilung vom 22.11.2007 Online verfügbar unter: http://uns-reicht.info/downloads/PM_unsreicht_22112007.pdf (25.02.2008).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2008): Über 185.000 Menschen bekräftigen: Uns reicht's! Wir wehren uns gegen

- Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege. Presseinformation. Online verfügbar unter: http://uns-reichths.info/downloads/PM_unsreichths_05062008.pdf (
- DIE LINKE, Bundestagsfraktion (2013): Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung. Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Yvonne Ploetz, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Vogler, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE. BT-Drucksache 17/12095 vom 16.01.2013.
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2014. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/version2014/aktualisierung/> (5.08.2014).
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln: DIP.
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (31.05.2010).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1969): Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 19. September 1969. In: Das Krankenhaus, Jg. 61, Heft 10, S. 420f.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1974): Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. September 1974. In: Das Krankenhaus, Jg. 66, Heft 10, S. 420f.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1986): Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser vom 10.10.1985. In: Das Krankenhaus, Jg. 78, Heft 1, S. 41-43.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1989): Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst. Analytisches Konzept. Düsseldorf: DKG.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1990): DKG zur Situation in den Pflegeberufen. In: Das Krankenhaus, Jg. 82, Heft 11, S. 508 ff.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2013): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diane Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ (BT-Drs. 17/12095). Online verfügbar 7.07.2014).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Januar 2014. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/15866.2014-01-31_Anlage_PM-KH-Investitionsfoerderung_Bestandsaufnahme_Januar_2014.pdf (1.02.2014).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2007): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007. Online verfügbar unter: http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht_KH_Barometer_2007.pdf (24.08.2007).
- FES, Friedrich Ebert Stiftung (2013): Zukunft der Krankenhäuser: Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung. Positionspapier der Arbeitsgruppe „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung. Online verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10198.pdf> (20.02.2014).

- Fiori, Wolfgang; Bunzemeier, Holger; Roeder, Norbert (2014): Welche Informationen enthält die EnEK-Matrix über notwendige Personalressourcen? Pläne der neuen Bundesregierung könnten zur Fehlsteuerung führen. In: Das Krankenhaus, Jg. 106, Heft 3, S. 212-219.
- Flintrop, Jens (2014): Krankenhausfinanzierung - Ein System am Scheideweg. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 12, S. A485-A486.
- GKiND, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (2009): Gesundheitsversorgung von Kindern: Defiziten entgegenwirken, um Qualität zu entwickeln. Stellungnahme der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland vom Mai 2009. Online verfügbar unter: http://www.gkind.de/downloads/pressemitteilungen/2009/Pm-71-Qualitaet_19FT_Da.pdf (19.04.2014).
- GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1993): Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der GKV zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1994 vom 26.10.1993. In: Das Krankenhaus, Jg. 12, Heft, S. 539-549.
- GKV-Spitzenverband (2013a): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntg (Förderjahre 2009 bis 2011). Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf (8.07.2013).
- GKV-Spitzenverband (2013b): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.06.2013 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ (Drucksache17/12095). Bundestagsausschuss für Gesundheit: Ausschussdrucksache 17(14)0439(2).
- Golombek, Günter (1986): Die Anwendung der neuen DKG-Empfehlung zur Ermittlung des Personalbedarfs im Pflegedienst. In: Das Krankenhaus, Jg. 77, Heft 9, S. 363-367.
- Hien, Wolfgang (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3.0. Online verfügbar unter: http://www.gdrg.de/service/download/veroeff_2007/Kalkulationshandbuch_Version_3.pdf (30.07.2007).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Online verfügbar unter: http://www.gdrg.de/cms/G-DRG-System_2014/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2014 (15.04.2014).
- Jaeger, Christian (2014): Ableitung einer ausreichenden Personalvorhaltung aus den Kalkulationsergebnissen des InEK. In: Das Krankenhaus, Jg., Heft 4, S. 310-312.
- Jäger, Meike (2013): Charité: Historischer Durchbruch in den Verhandlungen?! In: Infodienst Krankenhäuser, Jg., Heft 63, S. 18.
- Jung, Karl (1985): Bundespflegesatzverordnung BPflV 86. Textausgabe mit Materialien zur Entstehungsgeschichte der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze und einer erläuternden Einführung in das neue Pflegesatzrecht. Köln.
- Kunze, Heinrich; Kaltenbach, Ludwig (Hg.) (2005): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kunze, Heinrich; Schmidt-Michel, Paul-Otto (2007): Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Der Nervenarzt, Jg., Heft 12, S. 1460-1464.

- LÄK BW, Landesärztekammer Baden-Württemberg (2013): Gesetzliche Mindestpersonalbemessung für stationäre Einrichtungen. Entschließung der 6. Landesvertreterversammlung vom 19.07.2013. Jg., Heft.
- Leber, Wulf-Dietrich; Malzahn, Jürgen; Wolff, Johannes (2007): Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. Online verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/publikationen/artikel/> (24.10.2007).
- Leber, Wulf-Dietrich; Wolff, Johannes (2013): Versichertenorientierte Krankenhausversorgung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2-3, S. 56-67.
- Mergner, Ulrich (1990): Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege: oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Jg. 15, Heft, S. 140-166.
- MGEPA, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): Krankenhausplan NRW 2015. Online verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617> (10.08.2014).
- Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn. In: Das Krankenhaus, Jg. 80, Heft 10, S. 452-456.
- Parlamentarischer Untersuchungsausschuss "Krankenhauskeime" (2012): Bericht des Untersuchungsausschusses "Krankenhauskeime". Drucksache 18/677 vom 29.11.2012. Online verfügbar unter: http://www.bremische-buergerschaft.de/fileadmin/user_upload/Dateien/UA_Krankenhauskeime/EndfassungBericht_mit_Minderheitenvoten.pdf (4.12.2012).
- Schmidt, Ulla (2008): Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des Frühlingsempfangs der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 11. März 2008. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Presse/Reden/Reden-BMGS/Rede-11-03-08.html (25.03.2008).
- Schöning, Brigitte; Luithlen, Eberhard; Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Siebers, Ludwig; Helling, Jan; Fiori, Wolfgang; Bunzemeier, Holger; Roeder, Norbert (2008): Krankenhausinterne DRG-Erlösverteilung auf der Basis der InEK-Daten - Möglichkeiten und Grenzen. In: Das Krankenhaus, Jg. 100, Heft 1, S. 35-44.
- Simon, Michael (1993): Ist oder Soll - das ist hier die Frage. In: Krankenaus Umschau, Jg. 62, Heft 6, S. 570-575.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2008a): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2008b): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-116-4-1.pdf (10.09.2008).
- Simon, Michael (2009a): Modellrechnung: 70.000 Pflegekräfte zu wenig in Krankenhäusern. In: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 48, Heft 1, S. 1-2.
- Simon, Michael (2009b): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 101-123.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Online verfügbar unter:

- http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf (26.01.2012).
- Simon, Michael (2014): Personalmindeststandards: Vielfach gefordert - bald Realität? In: Die Schwester/Der Pfleger, Jg. 53, Heft 3, S. 284-287.
- SPD (2013a): Das Wir entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013 – 2017. Online verfügbar unter: http://www.spd.de/linkableblob/96686/data/20130415_regierungsprogramm_2013_2017.pdf (8.06.2013).
- SPD (2013b): Deutschland besser und gerechter regieren: Für ein neues soziales Gleichgewicht in unserem Land! Entwurf des Regierungsprogramms. Stand: 11.3.2013. Online verfügbar unter: http://www.spd.de/linkableblob/92664/data/20130311_regierungsprogramm_2013.pdf (28.03.2013).
- SPD-Bundestagsfraktion (2013): Konzept zur Krankenhausreform und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion vom 23. April 2013. Online verfügbar unter: http://www.spdfraktion.de/sites/default/files/web_06_2013_krankenhausreform.pdf (10.05.2014).
- SPD-Landtagsfraktion Hessen (2013a): Dringlicher Gesetzentwurf der Fraktion der SPD für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhausversorgung und zur Anerkennung von Leistungen in der Pflege (GVKALP). Landtags-Drucksache 18/7392 vom 21.05.2013.
- SPD-Landtagsfraktion Hessen (2013b): Qualität vor Kommerz – Gute Versorgung, gute Strukturen, gute Arbeit. Eckpunkte der SPD-Landtagsfraktion Hessen für eine Novelle des Hessischen Krankenhausgesetzes. Online verfügbar unter: http://www.thomas-spies.de/db/docs/doc_30538_201097134341.pdf (10.07.2014).
- StBA, Statistisches Bundesamt (2012): Fachserie 12, Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stumpfögger, Niko (2013): Krankenhauskampagne und PEPP: Für gesetzliche Personalbemessung jetzt! In: Infodienst Krankenhäuser, Jg., Heft 62, September 2013, S. 9.
- ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2013): ver.di will Personal-bemessung per Gesetz. Online verfügbar unter: <http://www.der-druck-muss-raus.de/aktiv-werden/material/personalbemessung-gesetz> (3.04.2014).
- ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2014): Sichere Versorgung und gute Arbeit. Zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung zum Personalbedarf im Krankenhaus. Online verfügbar unter: <http://gesundheitspolitik.verdi.de/themen/gesundheitspolitik-von-a-z/++co++c38ff56a-88b6-11e3-bacb-52540059119e> (1.04.2014).
- Wieteck, Pia (Hg.) (2009): Handbuch für PKMS und PPR-A 4. Kassel: RECOM.
- Wingenfeld, Klaus (2011): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 263-290.